

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

ProQuest Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
800-521-0600

UMI[®]

Université de Sherbrooke

**Relations entre la qualité de vie et l'environnement des personnes
âgées ayant des incapacités fonctionnelles**

par

Mélanie Levasseur

**Mémoire présenté à la Faculté de médecine
en vue de l'obtention du grade de
maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences cliniques (mention gériatrie)**

Août 2001



**National Library
of Canada**

**Acquisitions and
Bibliographic Services**

**395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

**Bibliothèque nationale
du Canada**

**Acquisitions et
services bibliographiques**

**395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-74455-8

Canada

MEMBRES DU JURY

Membre du programme et directrice de recherche : Johanne Desrosiers, erg., Ph.D., professeure agrégée au département des sciences de la santé communautaire de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

Membre du programme : Gina Bravo, Ph.D., professeure titulaire au département des sciences de la santé communautaire de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke et directrice des programmes des sciences cliniques.

Membre extérieur au programme : Isabelle Gélinas, erg., Ph.D., professeure adjointe à l'école de physiothérapie et d'ergothérapie de la Faculté de médecine de l'Université McGill.

***À Patrice,
l'amour de ma vie***

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures	VI
Liste des tableaux.....	VIII
Résumé.....	IX
Avant-propos.....	XII
Introduction.....	1
Chapitre 1	
Problématique	2
Chapitre 2	
Recension des écrits.....	9
1. La qualité de vie	10
2. La qualité de vie de populations spécifiques	22
3. L'environnement	29
4. La qualité de vie et l'environnement	46
5. La qualité de vie et les habitudes de vie	53
Chapitre 3	
Objectif et hypothèses.....	57
Chapitre 4	
Méthodologie	59
I. Dispositif de recherche	60
II. Population à l'étude	60
III. Procédure de recrutement	61
IV. Collecte des données	62
V. Variables et instruments de mesure	63
VI. Taille de l'échantillon	71
VII. Analyses statistiques	71
Chapitre 5	
Résultats.....	73
1. Description de l'échantillon	74
2. Comparaison entre les participants et les refus	75
3. Résultats des variables principales à l'étude	78
4. Relations entre les variables principales à l'étude	83

Chapitre 6

Discussion	98
1. Aspects méthodologiques	99
2. Discussion des résultats	107
3. Retombées anticipées	122
4. Perspectives	123
Conclusion	125
Remerciements.....	126
Références.....	127
Annexe 1: Formulaires de consentement	
Annexe 2: Lettre d'acceptation du comité d'éthique	
Annexe 3: Lettre d'acceptation de la Direction des Services à la clientèle du CLSC de La Région-Sherbrookoise	
Annexe 4: Formulaire de collecte de données sociodémographiques et cliniques	
Annexe 5: Instruments de mesure	
Annexe 6: Catégories de l'Indice de la qualité de vie	
Annexe 7: Catégories de la Mesure de la qualité de l'environnement	
Annexe 8: Catégories de la Mesure des habitudes de vie	

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Définition de la qualité de vie	13
Figure 2. Modèle de la promotion de la santé pour personnes ayant des incapacités	14
Figure 3. Modèle de la qualité de vie selon l'approche écologique humaine	16
Figure 4. Modèle de la qualité de vie	18
Figure 5. Modèle écologique.....	32
Figure 6. Modèle de l'occupation humaine.....	33
Figure 7. Modèle personne-environnement-performance	37
Figure 8. Modèle canadien du rendement occupationnel.....	38
Figure 9. Modèle de la performance du style de vie	40
Figure 10. Modèle personne-environnement-occupation.....	42
Figure 11. Modèle du Processus de production du handicap	44
Figure 12. Participation à l'étude	74
Figure 13. Relation entre la qualité de vie et l'environnement facilitant	84
Figure 14. Relation entre la qualité de vie et la réalisation des habitudes de vie.....	84
Figure 15. Relation entre la qualité de vie et la satisfaction envers les habitudes de vie...	85
Figure 16. Relation entre l'aspect « Socio-économique » de la qualité de vie et l'environnement facilitant.....	88
Figure 17. Relation entre l'aspect « Socio-économique » de la qualité de vie et la composante « Soutien et attitudes de l'entourage » de l'environnement facilitant	88

LISTE DES FIGURES (SUITE)

Figure 18. Relation entre l'aspect « Santé et fonctionnement » de la qualité de vie et les habitudes de vie	91
Figure 19. Relation entre la qualité de vie et les catégories « Responsabilités » et « Relations interpersonnelles » de la réalisation des habitudes de vie.....	91
Figure 20. Items apparentés de l'aspect « Socio-économique » de l'Indice de la qualité de vie et de la Mesure de la qualité de l'environnement.....	113
Figure 21. Items apparentés de l'aspect « Santé et fonctionnement » de l'Indice de la qualité de vie et de la Mesure des habitudes de vie	117

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants et des refus	76
Tableau 2.	Résultats des instruments de mesure principaux	78
Tableau 3.	Résultats des catégories de l'Indice de la qualité de vie	79
Tableau 4.	Résultats des catégories de la Mesure de la qualité de l'environnement	80
Tableau 5.	Résultats des catégories de la Mesure des habitudes de vie, version réalisation	81
Tableau 6.	Résultats des catégories de la Mesure des habitudes de vie, version satisfaction	82
Tableau 7.	Corrélations entre les scores globaux des instruments de mesure	83
Tableau 8.	Relations entre les composantes de la qualité de vie et les versions sommes des catégories de la Mesure de la qualité de l'environnement.....	87
Tableau 9.	Relations entre les composantes de la qualité de vie et les catégories de la Mesure des habitudes de vie, version réalisation.....	90
Tableau 10.	Relations entre les composantes de la qualité de vie et les catégories de la Mesure des habitudes de vie, version satisfaction	93
Tableau 11.	Corrélations entre des variables sociodémographiques et cliniques et la qualité de vie, l'environnement et les habitudes de vie	95
Tableau 12.	Comparaison des relations entre la qualité de vie et l'environnement en fonction du niveau d'incapacités fonctionnelles.....	97

RÉSUMÉ

Dans le contexte du système de santé actuel, un nombre important de personnes âgées demeure dans leur milieu de vie naturel même en présence d'incapacités, et ce, pour une période de plus en plus longue. L'environnement physique et social doit ainsi répondre à leurs besoins afin de leur permettre de maintenir une qualité de vie optimale et de limiter le développement de situations de handicap. Cette recherche vise à étudier la relation entre, d'une part, la qualité de vie et, d'autre part, l'environnement et le niveau de handicap dans les habitudes de vie (activités de la vie quotidienne et domestique et les rôles sociaux) des personnes âgées présentant des incapacités fonctionnelles.

Un dispositif transversal a été utilisé auprès de 46 personnes âgées de 60 à 90 ans (moyenne : 77,0; écart type : 6,9), vivant à domicile et recrutées sur une base de convenance parmi les personnes recevant des services d'un Hôpital de jour ou de maintien à domicile d'un CLSC. Chaque participant a été évalué à son domicile. La qualité de vie a été estimée de deux façons, d'abord à l'aide d'un score combiné à part égale d'une échelle de satisfaction envers la vie (*Satisfaction With Life Scale*) et d'une échelle de bien-être général (*General Well-Being Schedule*), et ensuite, par une échelle globale de qualité de vie (*Quality of Life Index*). La Mesure de la qualité de l'environnement (version 2.0) a recueilli la perception que la personne a de son environnement (facilitant vs obstacle). Une mesure du niveau de handicap a été prise à l'aide de l'instrument *Mesure des habitudes de vie* (version 3.0 abrégée). Des analyses de corrélations ont été réalisées entre les scores globaux et les scores par catégorie des principales variables.

Les résultats indiquent d'abord que les participants à l'étude ont une qualité de vie élevée. L'étude démontre aussi que les scores globaux de la qualité de vie et de l'environnement ne sont pas corrélés ($r = 0,15$; $p = 0,31$). Toutefois, l'aspect « *Socio-économique* » de la qualité de vie est relié au score global ($r = 0,34$; $p = 0,02$) et à la composante « *Soutien et attitudes de l'entourage* » ($r = 0,40$; $p = 0,01$) de l'environnement facilitant. De plus, la réalisation globale des habitudes de vie n'est pas reliée à la qualité de vie ($r = 0,16$; $p = 0,29$), mais la satisfaction envers les habitudes de vie l'est ($r = 0,49$; $p < 0,001$). Finalement, la qualité de vie est associée à la capacité de réaliser ses relations interpersonnelles ($r = 0,43$; $p < 0,001$) et ses responsabilités ($r = 0,32$; $p = 0,03$). Ainsi, l'aide apportée par le réseau social, la capacité de réaliser ses relations interpersonnelles et ses responsabilités pourraient diminuer l'influence des incapacités fonctionnelles sur la qualité de vie.

La qualité de vie est un concept complexe, difficile à définir et à mesurer. Les difficultés rencontrées pour démontrer une relation entre la qualité de vie, l'environnement et les habitudes de vie peuvent être causées par la limite de l'utilisation des scores globaux des instruments pour démontrer des relations. Considérant que plus de 75% des participants à l'étude avaient des incapacités fonctionnelles depuis plus de six mois, un processus d'adaptation peut être à l'origine des résultats élevés aux instruments de mesure de la qualité de vie. Par ailleurs, certains aspects de l'environnement sont acquis et difficilement modifiables, influençant ainsi l'évaluation de leur qualité.

En conclusion, ces résultats appuient peu l'importance de l'environnement sur la qualité de vie des personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles et vivant à domicile. D'autres études sont nécessaires pour documenter cette relation.

Mots clés :

- Qualité de vie
- Environnement
- Habitudes de vie
- Personnes âgées
- Incapacités fonctionnelles

AVANT-PROPOS

Aussi loin que je puisse me souvenir, j'ai toujours eu l'ambition de faire des études supérieures. Étant curieuse et avare de preuves, la maîtrise de type recherche me paraissait une orientation idéale. Ayant déjà fait un choix de carrière visant à aider les autres, les répercussions possibles du travail de chercheur m'apparaissaient supérieures. En effet, les résultats d'une étude ou de plusieurs études dans un domaine précis peuvent avoir une portée populationnelle, voire mondiale, dépassant l'aboutissement d'une vie complète de travail en tant que clinicien. Je voulais aussi augmenter ma compréhension et mon esprit critique envers les écrits scientifiques, afin d'être à l'avant-garde des nouvelles pratiques.

La passion de mon travail d'ergothérapeute a toujours été envers les personnes âgées. Je travaille auprès de cette clientèle depuis maintenant sept ans et j'ai toujours à cœur d'améliorer leur qualité de vie. Les interventions relatives à mon travail étant principalement au niveau de l'environnement, il m'apparaissait important de vérifier l'impact de mes interventions en terme de cet objectif.

L'étude de relations entre diverses variables permet de générer des pistes de recherche et est préliminaire aux études visant à déterminer l'impact de certaines interventions. Les résultats s'adressent alors aux cliniciens désirant mieux connaître la qualité de vie et la perception de l'environnement des personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles. Les résultats sont aussi utiles aux chercheurs poursuivant des études dans ce domaine ou auprès de cette clientèle.

INTRODUCTION

Le travail clinique peut parfois amener les professionnels à se questionner sur le fondement de certaines prémisses, et ce, même s'il s'agit des fondements de leur profession. La recherche scientifique présente alors un défi attrayant pour éclaircir les questionnements sous-jacents à la pratique professionnelle. Le présent travail est inspiré de ce besoin de confirmer certaines intuitions professionnelles et est à l'origine d'une pratique en milieu communautaire.

Le questionnement de la relation entre l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie est une préoccupation à la base de l'ergothérapie. L'importance du *doing* est par ailleurs grandement valorisée par la profession. Aussi, il est clair que l'environnement est la cible de plusieurs interventions en ergothérapie. La présente étude vise donc à éclaircir la relation entre la qualité de vie, l'environnement et la capacité à réaliser ses habitudes de vie, c'est-à-dire ses activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD) et ses rôles sociaux.

Tout d'abord, le présent travail vise à élaborer la problématique reliée à ce sujet. Les écrits scientifiques sur la qualité de vie, l'environnement et les habitudes de vie sont ensuite détaillés. L'objectif et les hypothèses de recherche sont énoncés dans le chapitre suivant. La section réservée à la méthodologie de l'étude est suivie par la présentation des résultats et la discussion. Finalement, la conclusion fait ressortir les éléments clés des travaux.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Les progrès de la science représentent un espoir inespéré pour les personnes atteintes de maladies ou ayant subi un traumatisme. Ces exploits ont aussi réussi à augmenter l'espérance de vie de la population. Cependant, plusieurs personnes âgées vivent ces quelques années supplémentaires en situation de perte d'autonomie fonctionnelle. La recherche doit donc se pencher sur cette nouvelle problématique pour améliorer l'avenir de ces personnes âgées.

Chaque année au Canada, la perte d'autonomie fonctionnelle apparaît chez près de 12% des personnes de 75 ans et plus (Hébert, 1997). L'étymologie du mot autonomie (auto : soi-même et nomos : les lois) signifie « ne plus être dépendant des lois des autres, de ce que les autres décident pour soi ». Horowitz, Silverstone et Reinhardt (1991) définissent l'autonomie par : « ... l'exercice de comportements autodéterminés et dirigés vers des objectifs précis pouvant potentiellement être encouragés ou inhibés par une variété de circonstances, réelles ou symboliques, intrinsèques ou extérieures à la personne. » (p. 23). Ce concept est donc relié à l'habileté d'exécuter, de faire et d'assumer ses choix. L'autonomie fonctionnelle, quant à elle, réfère à un tout autre concept déterminé par la capacité de réaliser ses AVQ et AVD. L'indépendance, pour sa part, est associée au niveau de fonctionnement physique et à l'aptitude de réaliser ses AVQ et AVD sans aide (Davies, Laker & Ellis, 1997). L'indépendance et l'autonomie fonctionnelle peuvent être modifiées par la maladie.

Le modèle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2000) a introduit quatre niveaux auxquels on peut considérer une maladie : la pathologie, la déficience, l'incapacité et la participation (anciennement nommé le handicap). La pathologie réfère à

l'endommagement ou au processus anormal prenant place dans un organe ou un système à l'intérieur du corps. La déficience se définit par la conséquence neurophysiologique provenant directement de la pathologie ; ce sont les signes et symptômes. La plupart des déficiences vont entraîner un changement des comportements ou du fonctionnement normal de la personne. Cette perte fonctionnelle, qui se manifeste au niveau de l'interaction entre la personne et son environnement immédiat, se nomme « incapacité ». L'incapacité inclut donc toute restriction ou manque d'aptitude pour réaliser une activité considérée normale pour l'être humain. Pour sa part, la participation réfère aux conséquences sociales de la pathologie. Les facteurs environnementaux, tels que les attentes sociales et les préjugés, le support familial, l'environnement physique et le support financier, ont tous un impact majeur sur la participation (Wade, 1995).

L'incapacité est un concept multidimensionnel, authentiquement subjectif, relatif à des standards personnels et variable à travers le temps (Verbrugge, 1994). Elle n'est pas inhérente à la personne. Tel que mentionné précédemment, l'incapacité résulte d'une déficience et survient dans une activité donnée lorsqu'il y a déséquilibre entre les capacités de la personne et les demandes physiques et mentales de l'activité. Ainsi, une incapacité peut être atténuée en augmentant les capacités de la personne ou en réduisant les demandes. Le processus des incapacités implique un ajustement graduel et des choix personnels (Verbrugge, 1994).

Dans le contexte actuel, un nombre de plus en plus important de personnes âgées choisissent de demeurer plus longtemps dans leur milieu de vie naturel, même en présence d'incapacités. Leur désir de demeurer à domicile est souvent indépendant de la présence

d'un environnement adapté à leurs conditions. Le maintien de leur autonomie fonctionnelle sollicite donc une concertation appropriée des ressources communautaires disponibles. Les Centres locaux de services communautaires (CLSC) constituent souvent le service de première ligne désigné pour remplir cette fonction. Ils dispensent et coordonnent certains des services gravitant autour de la personne et s'assurent que l'environnement, tant physique que social, répond aux besoins de celle-ci. Les Hôpitaux de jour et les Centres de jour constituent aussi un atout important dans la réadaptation et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Ces services visent essentiellement à permettre aux personnes âgées de faciliter la réalisation de leurs habitudes de vie et d'acquérir une qualité de vie optimale. Les « habitudes de vie » se définissent ici comme étant les activités quotidiennes, les activités domestiques et les rôles sociaux valorisés par le contexte socioculturel pour une personne selon ses caractéristiques (Fougeyrollas et al., 1996).

Lorsqu'une personne présente des incapacités, qu'elles soient de nature physique, psychologique, cognitive ou sociale, son environnement est encore plus important puisqu'il doit suppléer à ces dernières pour favoriser une participation sociale optimale et ainsi éviter le développement de situations de handicap (Fougeyrollas, 1994). Les professionnels de la santé doivent de plus en plus considérer que les facteurs environnementaux ont des conséquences déterminantes sur les déficiences et les incapacités des individus (Fougeyrollas, 1994). Le modèle du Processus de production du handicap (Fougeyrollas et al., 1996) représente l'approche conceptuelle qui rassemble le mieux les composantes agissant pour créer une situation de participation sociale optimale ou, à l'inverse, de handicap. Compte tenu de la surcharge de travail actuelle dans le milieu

de la santé et avec un souci d'efficacité, il apparaît important de cibler les éléments de l'environnement que la personne perçoit comme étant des obstacles dans le but d'intervenir à ce niveau et, conséquemment, de lui permettre d'atteindre une meilleure qualité de vie.

Les ergothérapeutes travaillent auprès des personnes ayant des incapacités fonctionnelles. Ils sont les professionnels de la santé les plus désignés pour intervenir au niveau de l'environnement. Aussi, ils recommandent, entre autres, des modifications pour rendre le logement plus accessible, la salle de bain plus sécuritaire et les transferts moins lourds. Les ergothérapeutes considèrent également l'environnement social en lien avec les différents rôles sociaux, les activités réalisées ou le soutien social de la personne (autant au niveau du besoin d'aide physique que de socialiser). Le but premier de leurs recommandations, à court terme, est souvent associé à la sécurité de la personne et des aidants naturels. Mais, à plus long terme, l'ergothérapeute ambitionne fréquemment, par ses interventions, d'améliorer la qualité de vie de la personne et de son entourage.

Tous les individus désirent maintenir une qualité de vie optimale. Toutefois, certaines personnes âgées en perte d'autonomie vivent dans des conditions de vie précaires suggérant un faible niveau de qualité de vie. La qualité de vie est une notion subjective, définie différemment par chacun. En effet, ce concept vague, qui est, pour un individu, variable à travers le temps, ne fait pas l'objet d'un consensus dans les écrits scientifiques. Il est fréquemment utilisé de façon trop restrictive, par exemple, en tenant seulement compte de sa signification en lien avec la santé physique (Lau, Chi & McKenna, 1998). Selon Christiansen & Baum (1991), la qualité de vie ne serait pas

déterminée par les grands événements significatifs qui marquent la vie d'une personne, mais bien par ses activités de tous les jours et ses rôles. Bref, elle serait déterminée par tout ce que l'on acquiert, jusqu'à ce que la réalisation de ces activités devienne difficile ou impossible. La qualité de vie est souvent associée à plusieurs concepts. Parmi ces concepts on retrouve le bien-être général (Evans et al., 1993; Noreau & Shephard, 1995), la satisfaction envers la vie (Kirchman, 1986; Noreau & Shephard, 1995), l'estime de soi (Dougherty, 1985), le moral et la capacité d'adaptation (Dijkers, 1997a), la joie de vivre (Kirchman, 1986), la sécurité personnelle (Campbell, Converse & Rodgers, 1976), les relations sociales et le cheminement personnel (Flanagan, 1982; Mayers, 1995). Les finances (Campbell et al., 1976; Kirchman, 1986), l'habileté à faire un travail rémunéré (Campbell et al., 1976; Flanagan, 1982; Kirchman, 1986), l'occupation (Evans et al., 1993), les loisirs (Kirchman, 1986; Mayers, 1995), la santé physique (Flanagan, 1982) et l'autonomie fonctionnelle (Robnett & Gliner, 1995) sont aussi des concepts souvent associés à la qualité de vie. Finalement, on retrouve la santé psychologique et spirituelle (Robnett & Gliner, 1995), la qualité des relations interpersonnelles (Campbell et al., 1976; Albercht & Devlieger, 1999), les espoirs versus les expériences personnelles (Calman, 1984) et les aspirations versus la réalité (Campbell et al., 1976; Calman, 1984; Robnett & Gliner, 1995).

Les personnes sans incapacité ou les professionnels de la santé ont fondamentalement tendance à croire que les personnes présentant des incapacités fonctionnelles ont une qualité de vie inférieure à celles n'en présentant pas. Est-ce le cas? Le processus d'adaptation aux incapacités fonctionnelles modifie-t-il les critères de référence de la qualité de vie? Les personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles

perçoivent-elles la qualité de leur environnement en lien avec leur qualité de vie? Un environnement physique et social perçu comme étant mieux « adapté » à la condition de la personne est-il « responsable » d'une meilleure qualité de vie? Les personnes âgées dont le niveau de handicap dans les habitudes de vie est élevé ont-elles une qualité de vie inférieure? La satisfaction envers la performance dans la réalisation des habitudes est-elle reliée à la qualité de vie? Autrement dit, la perception de la qualité de l'environnement et le niveau de handicap dans les habitudes de vie seraient-ils des facteurs déterminants de la qualité de vie? Aucune recherche n'a étudié de façon explicite la relation entre qualité de vie, l'environnement et le niveau de handicap dans les habitudes de vie. L'objectif principal de cette recherche est de documenter cette relation auprès d'une population de personnes âgées vivant à domicile et qui présentent des incapacités fonctionnelles.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Il existe un nombre impressionnant d'articles sur la qualité de vie. La première section de ce chapitre définit ce concept et présente les modèles conceptuels qui lui sont associés. La qualité de vie de population spécifique est ensuite exposée. Les modèles conceptuels de l'environnement sont aussi développés dans ce chapitre, suivis par une section sur la relation entre la qualité de vie et l'environnement. Finalement, les écrits sur les habitudes de vie en lien avec la qualité de vie sont présentés.

1. La qualité de vie

Divers domaines de recherche comme l'économie, les sciences sociales, les sciences politiques et la santé, tant au point de vue clinique qu'administratif, emploient le terme « qualité de vie », mais utilisent leur propre définition. La qualité de vie est fréquemment utilisée comme substitut au bien-être, à la joie de vivre et à la satisfaction envers la vie (Noreau & Shephard, 1995) et serait dépendante de l'équilibre entre le corps, l'esprit et l'âme (Albercht & Devlieger, 1999). Elle dépendrait aussi de l'établissement et du maintien de relations interpersonnelles harmonieuses (Albercht & Devlieger, 1999). Selon Vlek, Skolnik et Gatersleben (1998), les attributs les plus importants de la qualité de vie sont la santé, la famille, un environnement de qualité et la sécurité.

Deux approches ont été établies pour définir la qualité de vie : l'approche objective (U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1969) et l'approche subjective (Albrecht & Devlieger, 1999 ; Andrews & Withey, 1976 ; Bradburn, 1969 ; Campbell et al., 1976 ; Cantril, 1965 ; Dijkers, 1997a ; Osberg, McGinnis, DeJong & Seward, 1987 ; Kirchman & Schulte, 1989 ; Lawton, Winter, Kleban & Ruckdeschel, 1999 ; Lucas, Diener & Suh, 1996 ; Zhan, 1992). La mesure de la qualité de vie objective tient compte

de plusieurs variables : le niveau socio-économique, les années de scolarité, le statut civil, la situation de vie, le travail, la santé physique, le nombre de téléviseurs dans la maison et les services municipaux (Dijkers, 1997a). L'approche objective englobe aussi le concept de la qualité de vie reliée à la santé (Fitzpatrick et al., 1992 ; McHorney, Ware, Lu & Sherbourne, 1994). Les variables d'intérêt sont alors les signes et symptômes, les effets secondaires des traitements, le fonctionnement physique, cognitif, émotionnel et social, l'autonomie fonctionnelle, la fatigue, la douleur, les activités sociales et physiques et les jours restreints à la maison ou au lit (Dijkers, 1997a ; Fitzpatrick et al., 1992 ; McHorney et al., 1994). Plus ces variables sont « positives », meilleure serait la qualité de vie dite objective.

La qualité de vie subjective, quant à elle, prend en considération la perception cognitive et émotionnelle de la personne. La perception cognitive, met l'emphasis sur les composantes de la satisfaction envers la vie (Andrews & Withey, 1976 ; Campbell et al., 1976 ; Diener, Emmons, Larson & Groffin, 1985 ; Osberg et al., 1987), tandis que la perception émotionnelle insiste sur l'humeur (Cantril, 1965 ; Kirchman & Schulte, 1989 ; Zhan, 1992) et les affects (Bradburn, 1969). Les éléments mesurés sont alors les stratégies d'adaptation et d'ajustement aux incapacités fonctionnelles, le moral et l'acceptation du handicap (Dijkers, 1997a), les aspirations versus les réalisations (Campbell et al., 1976 ; Calman, 1984 ; Robnett & Gliner, 1995), l'humeur (Kirchman, 1986), le sentiment de contrôle (Koplas et al., 1999), la santé physique, psychologique et spirituelle (Robnett & Gliner, 1995), le sentiment de bien-être, le fonctionnement sexuel et les activités de la vie quotidienne (Fava, 1990). Le cheminement personnel (Mayers, 1995), les relations familiales et intimes (Campbell et al., 1976 ; Albercht & Devlieger, 1999), le milieu de vie

(Bubolz, Eicher, Ever & Sontag, 1980 ; Chapman & Beaudet, 1983 ; Lawton, Brody & Turner-Massey, 1978 ; Lawton & Cohen, 1974), la vie sociale et les activités récréatives (Kirchman, 1986 ; Mayers, 1995) sont aussi pris en considération. Pearlman et Uhlmann (1991) ont démontré que les indicateurs objectifs de la qualité de vie sont faiblement corrélés avec la dimension subjective de la qualité de vie.

Kirchman (1986) définit d'abord la qualité de vie par l'action de combler ses besoins de base, c'est-à-dire se nourrir et avoir un domicile et les biens matériels nécessaires. Il explique ensuite que d'autres facteurs entrent en ligne de compte tels que l'accomplissement de soi dans un travail, l'appréciation de la beauté de la nature et des arts, le sentiment d'identification à la communauté et la sensation d'avoir donné l'effort maximum. La figure 1 illustre la définition de la qualité de vie de Calman (1984). Les composantes principales sont les aspirations, les réalisations et les réactions. Les aspirations de la personne sont ses sentiments ou sa perception de sa vie, c'est-à-dire ses buts, ses valeurs, ses standards de comparaison, ses désirs ou ses plans de vie. Les réalisations se définissent par ce que la personne actuellement *a, est, possède* ou *contrôle* et ce, en lien avec ses standards de vie. Le pont entre les aspirations et les réalisations est expérimenté par l'individu en perspective du temps. Leur congruence engendre une réaction cognitive de satisfaction ou une réaction émotionnelle de joie de vivre. À l'inverse, leur non-congruence produit une réaction d'insatisfaction ou de dépression. Le temps est un élément significatif puisque la durée d'un statut en particulier ou le temps prévu avant l'accomplissement d'une certaine réalisation joue un rôle majeur dans les réactions subjectives découlant du pont entre les désirs et la réalité.

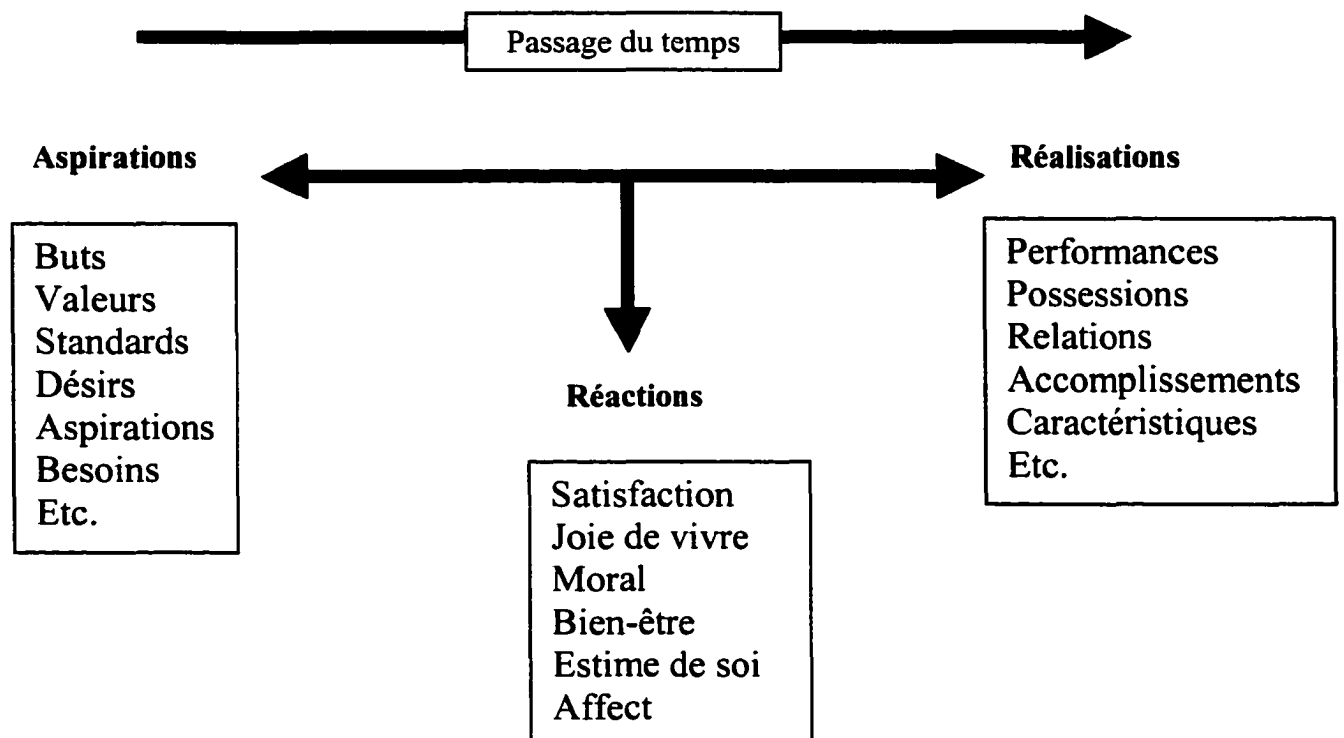


Figure 1. Définition de la qualité de vie (Calman, 1984)

Tiré et traduit de : Dijkers, M. (1997a). Measuring Quality of Life. In Fuhrer, M.J. (Ed.), Assessing Medical Rehabilitation Practices: The Promise of Outcomes Research (p. 169). Baltimore, Maryland: DC: Paul H. Brookes Publishing Co.

Quelques modèles conceptuels de la qualité de vie ont été développés (Bubolz et al., 1980 ; Dijkers, 1997a). D'autres modèles, par exemple celui de Patrick (1997), utilisent la variable « qualité de vie » comme résultante principale de leur modèle. Tout comme certaines définitions de la qualité de vie, certains modèles mettent l'emphasis sur la qualité de vie reliée à la santé. La majorité des modèles considèrent l'environnement, l'individu et sa qualité de vie.

Le modèle de la promotion de la santé pour personnes ayant des incapacités

Le modèle de la promotion de la santé (figure 2 ; Patrick, 1997) a pour but de faciliter le développement et l'évaluation de stratégies de prévention de la santé pour les

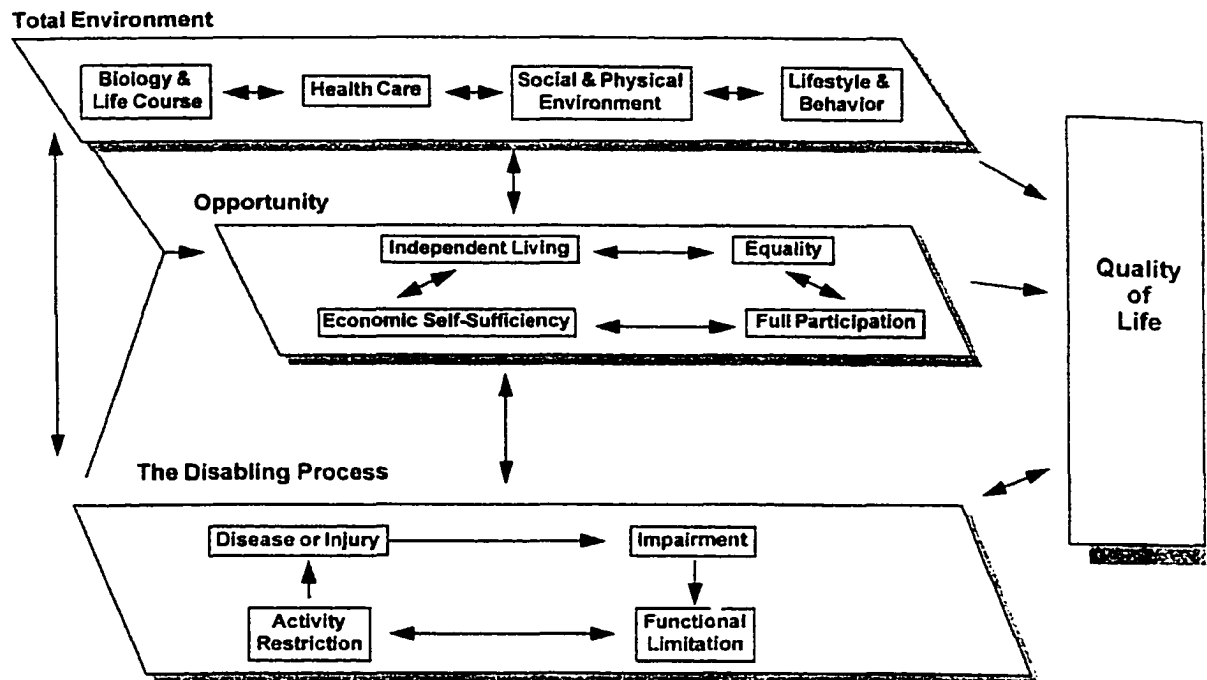


Figure 2. Modèle de la promotion de la santé pour personnes ayant des incapacités (Patrick, 1997)

Tiré de : Patrick, D.L. (1997). Rethinking prevention for people with disabilities. Part 1: a conceptual model for promoting health. American Journal of Health Promotion, 11(4), p. 258.

personnes ayant des incapacités fonctionnelles. Il inclut : 1) l'environnement total, 2) les opportunités, 3) le processus d'incapacités et 4) la qualité de vie. Le modèle met l'emphase sur les points stratégiques en promotion de la santé pour l'intervention et l'évaluation des résultats à travers des mesures de qualité de vie. L'environnement inclut les caractéristiques biologiques et démographiques des individus, l'environnement physique et social, et les comportements des individus. Les composantes de l'environnement et leurs interactions peuvent être des facteurs de risque favorisant le développement d'incapacités ou pouvant restreindre les opportunités. Ces facteurs de risque peuvent être la cible d'intervention visant à prévenir les incapacités et à promouvoir

les opportunités. Le processus d'incapacités représente les étapes de la progression de la maladie, passant par la déficience, la limitation fonctionnelle et la restriction dans les activités. Les opportunités représentent l'interaction entre l'environnement total de l'individu et un stade particulier du processus d'incapacités.

Selon le modèle, la qualité de vie est la perception que la personne a de sa position dans la vie, dans le contexte particulier de sa culture et de ses valeurs, en relation avec ses buts personnels, ses aspirations, ses standards et ses préoccupations. Cette perception peut être influencée par tous les aspects de l'environnement, l'expérience de l'individu avec les soins de santé, le processus d'incapacités et les opportunités. Les réactions de la société envers un individu, ses tentatives pour participer socialement de façon optimale, vivre indépendamment, répondre à ses besoins et être égal vont aussi influencer sa perception de sa qualité de vie. Dans le modèle, la qualité de vie est le résultat final de l'influence et de l'interaction des facteurs de risque environnementaux, du processus de vie d'un individu, du processus d'incapacités et des opportunités qui s'offrent à lui.

Le modèle de la qualité de vie selon l'approche écologique humaine

Bubolz et collaborateurs (1980) ont développé un modèle de la qualité de vie (figure 3) selon l'approche du modèle écologique humain (Bubolz, Eicher & Sontag, 1979) afin d'évaluer la qualité de vie d'un groupe d'individus en relation avec leur environnement. Quatre concepts sont au cœur de ce modèle : 1) les individus, 2) les environnements, 3) les interactions entre les individus et les environnements et 4) la qualité de vie globale. Les individus représentent un seul individu (dimensions biophysique, psychologique et sociale) ou plusieurs individus qui ont un sentiment

d'appartenance, utilisent des ressources communes, ont des objectifs, valeurs ou intérêts communs et partagent un sentiment d'identité commune. L'environnement est, quant à lui, la somme de la structure physique, chimique, biologique, sociale, économique, politique et esthétique entourant les individus. L'environnement total inclut trois dimensions : l'environnement naturel (espace-temps, physique, biologique), l'environnement modifié ou construit par les humains (sociobiologie, socioculturel, sociophysique) et les comportements humains (biophysique, psychologique et social). L'interaction se définit comme l'influence des relations réciproques entre les composantes des individus et des environnements.

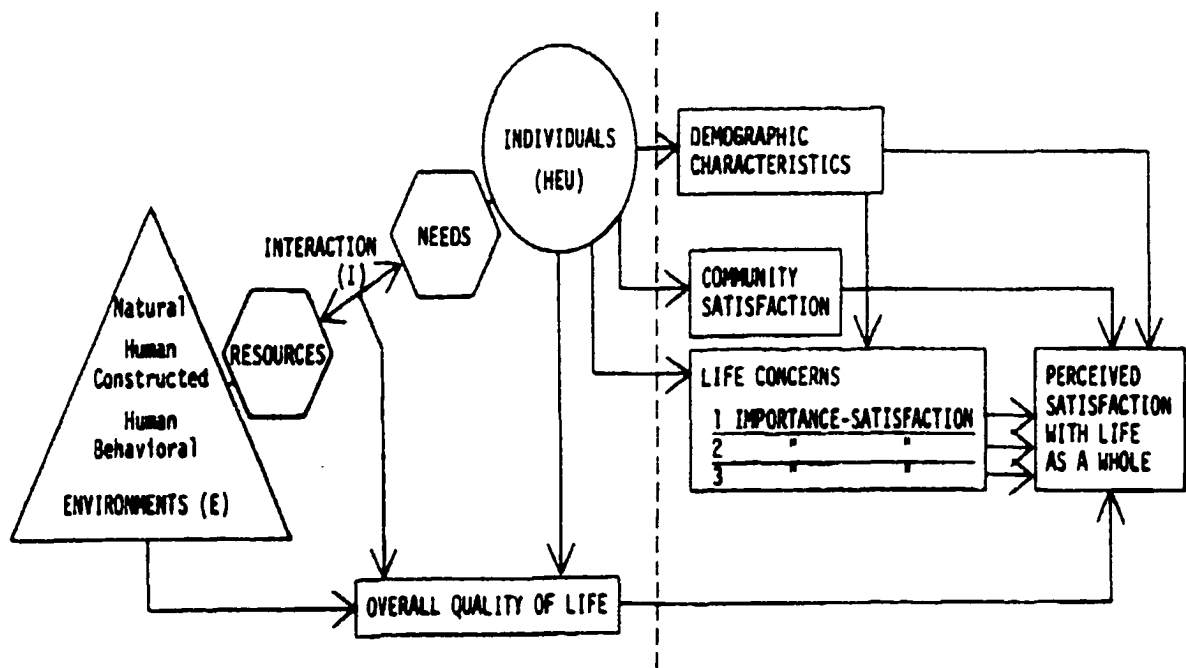


Figure 3. Modèle de la qualité de vie selon l'approche écologique humaine (Bubolz et al., 1980)

Tiré de : Bubolz, M., Eicher, J., Ever, J. & Sontag, M. (1980). A human ecological approach to quality of life: Conceptual framework and results of a preliminary study. Social Indicators Research, 7, p. 113.

Ce modèle considère la qualité de vie dans son sens large, et réfère au bien-être ou au malaise des individus et/ou des environnements dans lesquels ils vivent. D'une perspective individuelle, la qualité de vie consiste en la satisfaction des besoins physiques, biologiques, psychologiques, économiques et sociaux. Les ressources environnementales sont utilisées pour répondre à ces besoins. Dans une perspective environnementale, la qualité de vie représente la capacité environnementale à produire les ressources nécessaires pour combler ces besoins. L'évaluation de la qualité de vie est réalisée grâce à la compilation des besoins requis et comblés. Le modèle repose sur le postulat que les besoins doivent être comblés et représentent la situation désirée ou l'objectif ultime. La perception générale de la satisfaction envers la vie est considérée comme un indicateur de la qualité de vie globale.

Le modèle de la qualité de vie de Dijkers

Le modèle de la qualité de vie de Dijkers (1997a) repose sur le modèle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publié par la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (ICIDH; OMS, 1980). Il inclut à la fois la qualité de vie objective et la qualité de vie subjective (figure 4). Les déficiences, produisant des incapacités, créent une cascade et affectent plusieurs sphères de la qualité de vie, en raison 1) du lien entre les déficiences, les incapacités et le handicap (ou la participation), 2) du processus social de discrimination envers les personnes avec des incapacités et 3) des réalités économiques.

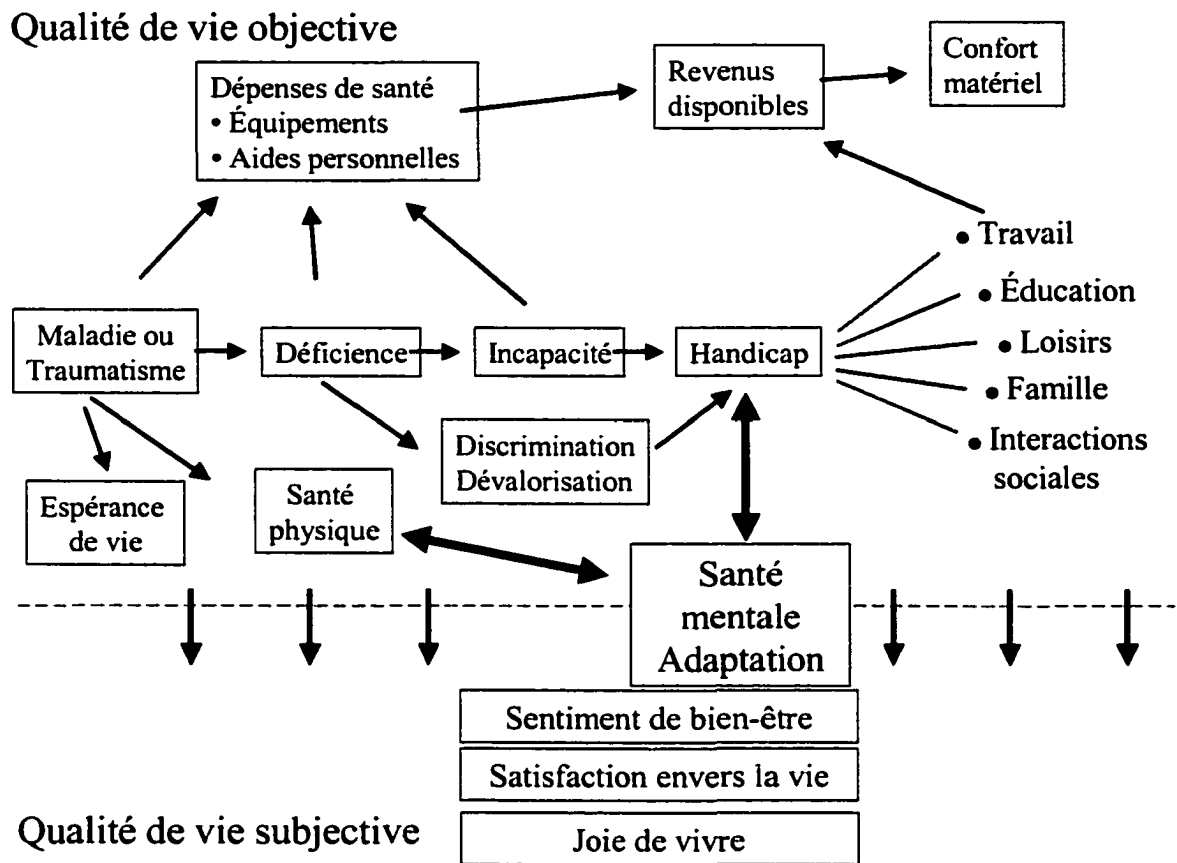


Figure 4. Modèle de la qualité de vie (Dijkers, 1997a)

Tiré et traduit de : Dijkers, M. (1997a). Measuring Quality of Life. In Fuhrer, M.J. (Ed.), Assessing Medical Rehabilitation Practices: The Promise of Outcomes Research (p. 171). Baltimore, Maryland: DC: Paul H. Brookes Publishing Co.

Le modèle de Dijkers (1997a) souligne l'influence des situations de handicap sur, entre autres, les loisirs, la famille et les interactions sociales. Il démontre aussi les conséquences, directes et indirectes, des maladies et traumatismes qui résultent en incapacités permanentes et significatives, agissant ainsi sur la santé physique et l'espérance de vie. Les déficiences sont propices à créer une situation de discrimination et de dévalorisation, augmentant ainsi le risque de développer des situations de handicap. Les incapacités affectent le standard de vie soit parce qu'un membre de la famille doit

d'arrêter de travailler pour prendre soin de la personne, ou encore à cause des dépenses associées aux incapacités qui hypothèquent les revenus et diminuent le confort matériel. Bref, tous ces facteurs influencent la qualité de vie subjective. Par conséquent, les handicaps et la santé physique agissent sur la santé mentale et les stratégies d'adaptation. Finalement, ces facteurs modifient la qualité de vie subjective, c'est-à-dire le sentiment de bien-être, la satisfaction envers la vie et la joie de vivre. Ce modèle est très complet et, par ailleurs, retenu pour la présente étude. Il répond bien au besoin d'identification d'une approche subjective de la qualité de vie et fait le lien avec les incapacités fonctionnelles. De plus, il prend en considération à la fois les perceptions cognitives et émotionnelles de la qualité de vie.

Sans pour autant vouloir développer un modèle explicatif de la qualité de vie, plusieurs chercheurs ont voulu identifier ses principaux déterminants. L'étude de Bharadwaj et Wilkening (1977) a été réalisée au tout début de la popularité du concept de qualité de vie subjective. Les résultats recueillis auprès de 1311 personnes âgées de 18 ans et plus démontrent que la satisfaction envers la vie est, en majorité, dérivée des domaines personnels. Les domaines sociaux et psychologiques ont une importance différente selon le sexe, l'âge et les revenus. Les revenus, sauf pour les cas extrêmes, ne constituent pas un discriminant saillant de la satisfaction envers la vie. De fortes associations ont été observées entre, d'une part, la satisfaction envers la vie et, d'autre part, la famille ($r = 0,50$), le travail ($r = 0,46$), la santé ($r = 0,41$), les loisirs ($r = 0,41$) et les biens matériels ($r = 0,39$). Les associations avec la communauté, l'habitation, la nourriture, la vie spirituelle et l'éducation sont plutôt modérées (0,32 à 0,36). Finalement, de faibles associations (entre 0,13 et 0,25) sont trouvées pour l'implication organisationnelle,

l'environnement naturel et le gouvernement national. Selon ces chercheurs, les meilleurs prédicteurs de la satisfaction envers la vie sont la famille, la santé, le travail, la communauté, le standard de vie et les loisirs.

Une autre étude de Kinney et Coyle (1992) a été réalisée à l'aide de 790 participants âgés entre 18 et 55 ans. Les variables suivantes ont été identifiées comme étant les meilleures prédictrices de la qualité de vie : la satisfaction envers les loisirs, l'efficacité personnelle, le standard de vie, la satisfaction religieuse, la satisfaction envers la santé, l'estime de soi et le statut civil. La satisfaction envers les loisirs expliquerait à elle seule 31% de la variabilité de la mesure de la qualité de vie.

Flanagan (1982) a réalisé un sondage auprès de 3000 Américains âgés de 30, 50 et 70 ans, répartis équitablement selon le sexe. Dans cette étude transversale, les cinq dimensions les plus fréquemment décrites comme étant importantes pour la qualité de vie sont : 1) être en santé et en sécurité, 2) avoir et élever des enfants, 3) se comprendre et connaître ses forces et faiblesses, 4) avoir un travail satisfaisant, gratifiant et utile, et 5) avoir une relation intime avec son conjoint. Les résultats du groupe des aînés étaient similaires à ceux de l'ensemble de l'échantillon, sauf pour le fait d'avoir un confort matériel, c'est-à-dire une maison convenable, de la nourriture, des commodités et la sécurité matérielle, qui arrivait au second rang. De plus, avoir des relations intimes avec le conjoint était remplacé par les relations avec les amis, et le travail ne faisait plus partie des items les plus importants. La participation gouvernementale et dans la communauté, la participation dans les loisirs actifs, l'apprentissage et l'éducation, l'expression créative et l'aide aux autres comblaient le moins souvent les besoins et les désirs des Américains. Les

résultats étaient encore une fois similaires pour le groupe des aînés, en y ajoutant les relations familiales. Le confort matériel, le travail, la santé et la sécurité personnelle, les loisirs actifs et l'apprentissage et l'éducation sont les cinq dimensions qui sont le plus corrélées à la qualité de vie. Cet article est une des références les plus citées dans les travaux sur la qualité de vie. Toutefois, la méthodologie et les résultats y sont peu détaillés.

Lau et collaborateurs (1998) ont aussi réalisé une étude exploratoire sur la qualité de vie, cette fois-ci qualitative, auprès de six femmes chinoises âgées de plus de 65 ans vivant à Hong Kong. Les participantes avaient un faible revenu et vivaient à domicile. Selon cette étude, les principaux éléments qui contribueraient à la qualité de vie sont : 1) le bien-être physique et fonctionnel (bonne santé, participation dans les loisirs), 2) le bien-être social (support et interactions avec le réseau social), 3) le bien-être psychologique (joie et satisfaction envers la vie) et 4) le bien-être économique (argent, habitation). L'analyse des résultats en profondeur par les auteurs permet d'ajouter les facteurs suivants : le concept de soi, l'amour propre, l'indépendance fonctionnelle, l'accomplissement des rôles et l'aptitude à s'adapter. Dans cette étude, le terme « qualité de vie » a été remplacé par « une bonne vie » afin de faciliter la compréhension du concept par les participantes.

En résumé, certaines composantes de l'environnement physique et social et certaines habitudes de vie sont reliées à la qualité de vie des personnes de 18 ans et plus. Aussi, deux études ont démontré que certaines composantes de l'environnement physique et social et certaines habitudes de vie sont importantes pour les personnes âgées. Mais est-

ce que ces composantes sont similaires pour les personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles ? Considérons maintenant la qualité de vie de populations spécifiques.

2. La qualité de vie de populations spécifiques

Albrecht et Devlieger (1999) soulèvent le paradoxe suivant : « Pourquoi plusieurs personnes avec des incapacités sévères et persistantes rapportent avoir une bonne ou excellente qualité de vie alors que, pour la plupart des observateurs externes, ces personnes semblent vivre une existence quotidienne indésirable? » (p. 977). Selon Goode (1994), la compréhension commune d'une bonne qualité de vie implique principalement d'être en bonne santé. On peut alors penser que les personnes qui ont des incapacités fonctionnelles ne peuvent être considérées en bonne santé ni avoir une bonne qualité de vie. Quelques chercheurs ont étudié la qualité de vie de populations spécifiques ayant différents niveaux d'incapacités fonctionnelles.

Une méta-analyse sur la qualité de vie (mots clés : bien-être, qualité de vie et satisfaction envers la vie) des personnes ayant eu un traumatisme crânien a été réalisée par Dijkers (1997b). L'objectif de l'étude était de décrire la relation entre la qualité de vie subjective et les déficiences, les incapacités et les handicaps. La compilation des résultats des 18 articles recensés révèlent que globalement la qualité de vie des personnes ayant eu un traumatisme crânien est inférieure à celle des groupes témoins ($r = -0,17$ à $-0,48$). Selon Dijkers (1997b), les déficiences, incapacités et handicaps agissent différemment sur la qualité de vie. Les déficiences auraient un effet mineur, tandis que les handicaps auraient un effet déterminant sur la qualité de vie. Les dimensions du handicap qui ont le plus d'influence sur la qualité de vie sont, par ordre d'importance, le rôle familial, l'intégration

sociale informelle, l'occupation, la mobilité, l'intégration sociale formelle et le support social (Dijkers, 1997b). Une des faiblesses de cette étude est l'absence d'évaluation de la qualité des études utilisées pour réaliser la méta-analyse.

Comment les individus parviennent-ils à ressentir un sentiment de bien-être ? Ce questionnement a motivé l'étude longitudinale de Abbey et Andrews (1985). Au total, 675 personnes utilisant les services externes de diverses pharmacies ont été interviewées quatre fois à six semaines d'intervalle. Une stratification de l'échantillon a permis de recueillir un nombre égal d'hommes et de femmes. Deux tiers des participants consommaient des valiums et l'autre tiers un médicament n'ayant pas d'effet sédatif. Les résultats démontrent que la qualité de vie est positivement associée au contrôle interne ($r = 0,29$), c'est-à-dire la croyance que l'individu détermine personnellement les événements de sa vie, au support social ($r = 0,30$) et à la performance dans les relations interpersonnelles et dans la prise de décision ($r = 0,51$). La qualité de vie est négativement associée au stress ($r = -0,47$) et à la dépression ($r = -0,69$). Seulement une faible relation a été trouvée entre les données sociodémographiques et la qualité de vie ($r = 0,10$ à $0,20$). Les auteurs concluent que la qualité de vie est associée aux caractéristiques psychosociales de la personne.

Stensman (1985) a réalisé une étude exploratoire auprès de 36 personnes âgées entre 24 et 52 ans et se déplaçant en fauteuil roulant. Un groupe témoin de 36 participants sains a aussi été inclus. Aucune différence significative entre la qualité de vie des deux groupes n'a été observée. Le maintien d'une bonne qualité de vie pour le groupe se déplaçant en fauteuil roulant serait, selon l'auteur, probablement relié à un ajustement

personnel, à une attitude personnelle positive, aux conséquences positives et compensatoires à la fois du processus de réadaptation et des apports de la société. Les incapacités auraient comme avantage de procurer un défi, un but ou un objectif et de rendre la personne plus sensible, tolérante et patiente. L'auteur discute aussi de l'influence du biais de désirabilité sociale. Comme dans d'autres études, une mesure grossière de la qualité de vie (Comment évaluez-vous votre qualité de vie globale durant la dernière année ?) a été utilisée.

Cette étude a été reproduite auprès des mêmes participants quelques mois plus tard (Ramund & Stensman, 1988). Encore une fois, aucune différence n'a été trouvée entre la qualité de vie globale pendant la dernière année des deux groupes ($p = 0,45$). Les chercheurs soupçonnent la présence d'un mécanisme d'adaptation pour la perte fonctionnelle. Les fonctions « marcher », « s'habiller soi-même », « entrer et sortir du lit » et « se laver soi-même » ont été évaluées moins importantes par le groupe ayant des incapacités fonctionnelles. Cependant, « obtenir un travail », « voyager », « aller au cinéma ou au restaurant », « écrire » et « utiliser un fauteuil roulant » étaient des aspects plus importants pour ce groupe. Cette comparaison de l'autonomie fonctionnelle des deux groupes a démontré que les aptitudes sociales étaient plus importantes chez le groupe avec incapacités tandis que les fonctions motrices l'étaient davantage chez le groupe témoin. La qualité de vie ne serait donc pas reliée aux mêmes fonctions pour tous les individus : les personnes ayant des incapacités fonctionnelles auraient tendance à diminuer l'importance de leurs fonctions perdues et à augmenter celle de leurs fonctions intactes.

Par ailleurs, l'étude transversale de Viemerö et Krause (1998) avait pour objectif d'investiguer les facteurs potentiels qui influencent le sentiment de satisfaction envers la vie. À la fois quantitative et qualitative, cette étude a été effectuée auprès de 45 participants adultes (moyenne 37 ans \pm 15,4) ayant des incapacités fonctionnelles. Les résultats démontrent que la satisfaction envers sa situation de vie est fonction de l'occupation de la personne ou de ses activités significatives ($r = 0,38$; $p < 0,05$), de son intégration sociale ($r = 0,50$; $p < 0,01$) et de la signification de sa vie (corrélations et valeurs p non disponibles). La présence d'incapacités fonctionnelles depuis plusieurs années est associée à une qualité de vie inférieure. Les incapacités proprement dites ne diminueraient pas la qualité de vie. Ce serait plutôt la capacité de s'adapter à la vie de tous les jours, c'est-à-dire les ressources psychologiques de la personne, qui serait déterminante. Une des faiblesses de cette étude est l'absence de vérification des qualités métrologiques du questionnaire maison utilisé pour évaluer la satisfaction envers la vie.

Plus récemment, une étude a été réalisée pour évaluer l'association entre la perception du statut fonctionnel et la qualité de vie d'adultes avec et sans incapacités fonctionnelles (Patrick, Kinne, Engelberg & Pearlman, 2000). Un total de 454 participants, dont 113 ayant des limitations au niveau de la mobilité, ont participé à l'étude. Les résultats démontrent que la qualité de vie des personnes en fauteuil roulant est inférieure. Globalement, la qualité de vie des adultes ayant un bas niveau d'autonomie fonctionnelle est inférieure à celle des personnes avec un haut niveau d'autonomie fonctionnelle. De plus, la qualité de vie serait supérieure chez les personnes les plus âgées en bonne santé et sans symptôme de dépression. Bref, la qualité de vie diminue à mesure que l'impact des déficiences augmente. Un des aspects de la collecte de données de cette

étude peut cependant représenter une limite. En effet, les personnes ayant des incapacités au niveau de la mobilité ont été assistées pour répondre aux différents instruments alors que les autres participants répondaient seuls aux questionnaires. La présence de l'évaluateur peut, par conséquent, avoir influencé les résultats.

Plusieurs recherches qui ont étudié la qualité de vie de populations spécifiques présentant des incapacités fonctionnelles ont été réalisées auprès de personnes âgées. D'abord, Osberg et collaborateurs (1987) ont tenté d'identifier par leur étude prospective les meilleurs prédicteurs de la satisfaction envers la vie et de la qualité de vie des personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles sévères. Les participants étaient recrutés parmi les personnes ayant reçu leur congé d'une unité de réadaptation. L'âge, l'indépendance fonctionnelle et le nombre d'activités réalisées seraient les prédicteurs les plus importants de la qualité de vie. Un faible revenu, une éducation limitée et une dépendance fonctionnelle auraient un impact négatif sur la qualité de vie. Les auteurs discutent des limites du choix du lieu de recrutement des participants. En effet, ces derniers pouvaient avoir une meilleure perception de leur qualité de vie après une période de réadaptation intensive.

Les facteurs qui influencent la qualité de vie subjective des personnes âgées alitées en établissements de soins de longue durée ont été l'objet d'une autre étude (Takemasa, 1998). Les résultats indiquent que la qualité de vie serait négativement corrélée avec la sévérité du handicap (interactions sociales : $r = -0,24$; $p < 0,01$ et les rôles sociaux : $r = 0,39$; $p < 0,01$). La qualité de vie est aussi associée à l'indépendance fonctionnelle ($r = 0,28$; $p < 0,05$) et à la capacité de la famille à donner des soins (sentiment d'être en

santé et utile aux autres ; $r = 0,38$; $p < 0,05$). Finalement, l'aspect « attitude face au vieillissement » de la qualité de vie serait négativement relié à l'environnement physique ($r = -0,34$; $p < 0,05$) et social ($r = -0,57$; $p < 0,01$). Nonobstant la pertinence des résultats, les écrits sur cette étude sont difficiles à comprendre et les explications offertes sont pauvres.

Une autre étude a été réalisée pour mieux caractériser la qualité de vie des personnes âgées atteintes de maladies chroniques : arthrite, maladies ischémiques cardiaques, maladies pulmonaires chroniques, diabète et cancer (Pearlman & Uhlmann, 1988). Les résultats des 126 personnes questionnées indiquent que les problèmes de l'environnement physique (habitation) sont importants pour les patients ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique ou l'arthrite. La qualité de vie serait peu corrélée avec les variables sociodémographiques. Elle serait surtout influencée par la dépression, la santé, la mémoire, l'anxiété, les finances, ainsi que par la résidence et les relations interpersonnelles. Une des limites de l'étude est l'utilisation d'une seule question pour mesurer la qualité de vie (Considérant votre situation personnelle, comment évaluez-vous votre qualité de vie ?).

Quelques années plus tard, les mêmes chercheurs ont publié une autre étude sur le même thème réalisée auprès de 258 personnes âgées atteintes de maladies chroniques et traitées en clinique externe (Pearlman & Uhlmann, 1991). Ils ont amélioré leur mesure de qualité de vie en incluant cette fois-ci trois questions dont deux sur la santé et une sur l'autonomie. Comme dans l'étude précédente, la qualité de vie globale est reliée à la perception de la santé, à l'anxiété, à la dépression, à la mémoire et aux soucis financiers.

L'habitation n'est plus associée à la qualité de vie. Les réponses à une question ouverte sur les événements qui affectent la qualité de vie identifient les soins de santé comme un événement qui l'améliore, tandis que les problèmes interpersonnels, de santé et fonctionnels la diminuent.

Blixen et Kippes (1999) ont réalisé une étude pour décrire la qualité de vie des personnes âgées ayant l'ostéoarthrite. Les 50 participants avaient des niveaux de dépression et de support social variés. Aucune différence n'a été trouvée entre la qualité de vie des personnes ayant différents niveaux de dépression ($p = 0,21$). Cependant, le réseau social joue un rôle significatif pour la santé et le bien-être des personnes âgées en atténuant l'effet du stress sur la qualité de vie (valeur p non disponible). Les résultats démontrent que les personnes atteintes d'ostéoarthrite sont très satisfaites de leur qualité de vie en dépit de la dépression, des conditions comorbides et des limitations fonctionnelles importantes. L'échantillon de cette étude semble toutefois insuffisant pour faire des analyses par sous-groupe. Il faut donc être prudent dans l'interprétation des résultats comparant la qualité de vie des personnes ayant différents niveaux de dépression.

Finalement, une autre étude sur les personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles a été conduite auprès de personnes atteintes de la maladie de Parkinson (Koplas et al., 1999). Plus précisément, cette recherche avait pour objectif d'étudier les relations entre les incapacités physiques, la dépression, le sentiment de contrôle et la qualité de vie. Dans cette étude transversale, 86 participants âgés entre 50 et 87 ans ont été interviewés à leur domicile. Les incapacités physiques, le stade de la maladie, la dépression, le sentiment de maîtrise de sa situation personnelle et des événements de sa

vie ainsi que le sentiment de contrôle sur sa santé expliqueraient, ensemble, 48% de la variabilité de la mesure de la qualité de vie. Le sentiment de maîtrise serait le principal prédicteur de la qualité de vie ($p < 0,001$). De plus, la qualité de vie diminue à travers les différents stades de la maladie, tout comme les scores des autres variables mesurées.

En résumé, les écrits scientifiques témoignent que l'impact des incapacités fonctionnelles sur la qualité de vie est controversé. Plusieurs études affirment que les incapacités fonctionnelles ne sont pas associées à la qualité de vie, alors que d'autres démontrent que les incapacités fonctionnelles la diminuent. Certaines habitudes de vie et certaines composantes de l'environnement physique et social auraient aussi un impact déterminant sur la qualité de vie de certaines populations. Quelle est justement l'influence de l'environnement physique et social sur la qualité de vie des personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles ?

3. L'environnement

Law (1991) définit l'environnement par les aspects qui prennent place à l'extérieur de l'individu et qui engendrent une réaction de la part de celui-ci. Le mot grec désignant l'environnement signifie « la maison de tous ». L'environnement comprend deux principales dimensions : physique et sociale. Plusieurs cadres conceptuels situent l'environnement en relation avec l'individu (Canadian Association of Occupational Therapists, 1991 ; Christiansen & Baum, 1991 ; Dunn, Brown & McGuigan, 1994 ; Fidler, 1996 ; Fougeyrollas et al., 1996 ; Howe & Briggs, 1982 ; Kahana, 1982 ; Kielhofner & Burke, 1980 ; Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby & Letts, 1996 ; Lawton, 1982 ; Patrick, 1997 ; Polatajko, 1992 ; Rousseau, 1997). La plupart des modèles illustrent bien

la personne qui est toujours en interaction avec son environnement. Les caractéristiques personnelles, les intérêts et les buts de l'individu influencent son désir, ses obligations et son aptitude à interagir avec l'environnement (Barris, 1982). Bref, l'importance de l'environnement est indéniable pour la performance occupationnelle (Letts et al., 1994). De plus, les facteurs environnementaux ont des conséquences déterminantes sur les déficiences et les incapacités des individus. Ils contribuent à créer une situation de participation sociale optimale ou, à l'inverse, de handicap (Fougeyrollas, 1994). Depuis quelques années, de plus en plus de recherches en réadaptation se penchent sur l'influence de l'environnement. Ce nouvel intérêt résulte du fait que les opportunités de promouvoir la santé et de modifier l'environnement sont grandement supérieures aux possibilités de contrôler le vieillissement biologique (Heyden, 1998).

La présente section est réservée à la présentation des cadres conceptuels sur l'environnement. De façon générale, les cadres conceptuels permettent l'assimilation de la théorie dans la pratique et facilitent l'évaluation de certains concepts. Ils sont utilisés, entre autres, pour étudier le comportement humain en considérant l'interaction entre les diverses composantes (Christiansen & Baum, 1991). Tout comme pour la qualité de vie, les cadres conceptuels les plus pertinents qui soulignent l'interaction entre l'environnement et la personne sont présentés ici. L'objectif est d'opérationnaliser le concept d'environnement et de retenir le plus approprié pour cette étude. Un élément commun à tous les cadres conceptuels est la place centrale qu'occupe la personne dans l'environnement.

Le modèle écologique

Dans le modèle écologique (figure 5), Lawton (1982) met en relief la relation dynamique que l'individu entretient avec son environnement. Ce modèle a été spécifiquement conçu pour expliquer et comprendre les enjeux du processus du vieillissement. La personne a le pouvoir de créer et de changer son environnement qui, à son tour, peut affecter son comportement. Le modèle écologique inclut trois concepts : 1) la compétence, 2) la demande environnementale et 3) l'adaptation. La compétence se définit comme la capacité de fonctionnement maximale de la personne dans les domaines suivants : la santé biologique, les capacités sensorielles et perceptuelles, les habiletés motrices, les capacités cognitives et la force du moi (*ego strength*). La demande environnementale représente les stimuli qui activent les besoins de l'individu. Finalement, le concept d'adaptation correspond à la congruence entre les compétences de la personne et les demandes de l'environnement (Lawton, 1982).

L'environnement impose donc des demandes à l'individu. Celui-ci présente un niveau de compétence donné lorsqu'il se trouve dans un environnement offrant un certain niveau de demande. Moins un individu est compétent, plus les facteurs environnementaux ont un impact sur lui. Si les demandes de l'environnement sont supérieures aux compétences de l'individu, on observe un affect négatif et un comportement inadapté. Il faut alors augmenter les capacités de la personne, ou modifier l'environnement pour en diminuer les demandes (Lawton, 1982). Quelques années suivant la conception du modèle, l'auteur critique l'emphase qui est mise sur les demandes de l'environnement plutôt que sur ses ressources, imputant une connotation négative à l'environnement (Lawton, 1986). Plusieurs détails de la relation personne-environnement semblent aussi

échapper au modèle. En effet, l'emphasis est mise grossièrement sur la compétence et les demandes environnementales, peu d'importance est alors spécifiquement accordée, par exemple, aux éléments de l'environnement qui favorisent la capacité de fonctionnement maximal ou à ceux qui l'entrave. Finalement, à notre connaissance, aucun instrument découlant de ce modèle n'a été développé pour mesurer l'environnement.

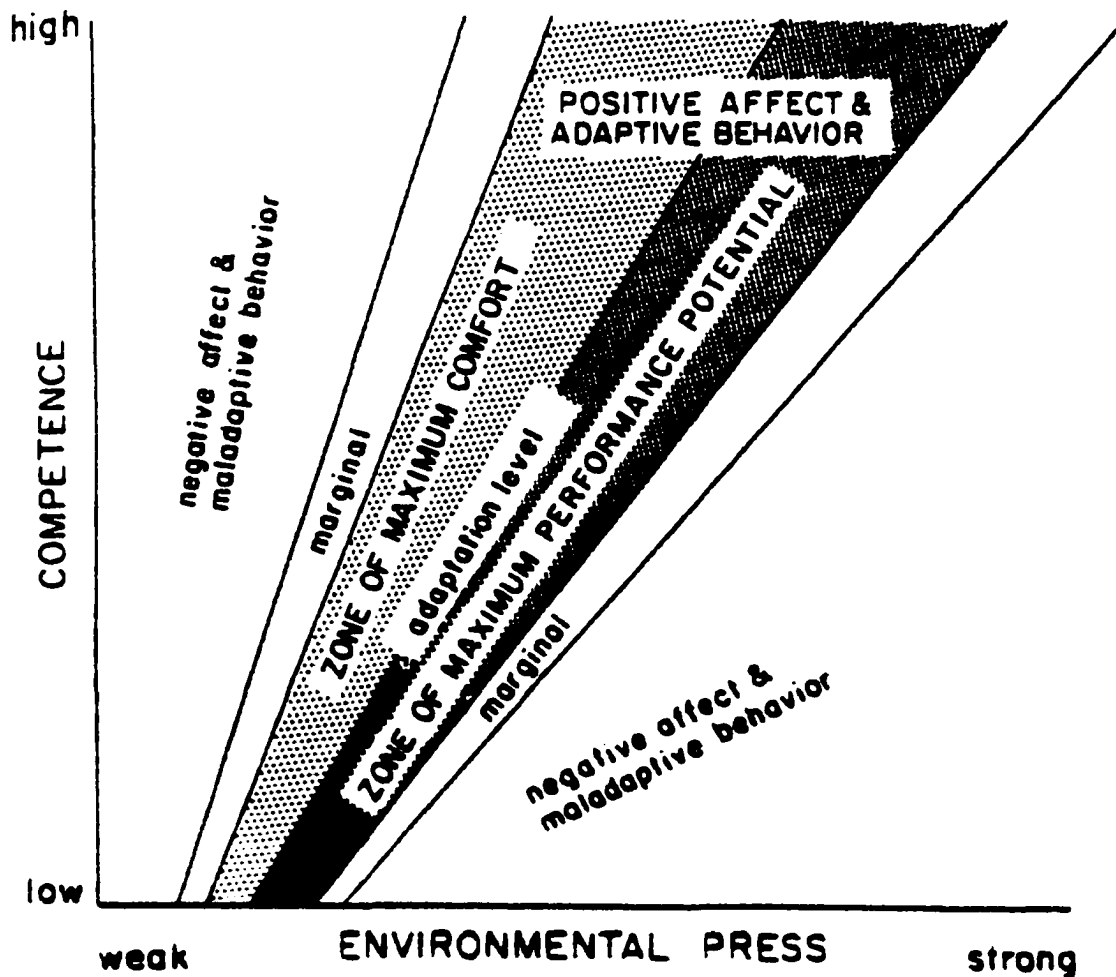


Figure 5. Modèle écologique (Lawton, 1982)

Tiré de : Lawton, M.P., (1982). *Competence, Environmental Press, and the Adaptation of Older people* dans Lawton, M.P., Windley, P.G. & Byerts, T.O. (Eds.) *Aging and the environment: Theoretical Approches*. New York: Springer Publishing Company.

Le modèle de l'occupation humaine

Kielhofner a publié en 1995 une version améliorée du modèle de l'occupation humaine (figure 6). Ce modèle conceptualise l'humain comme un système ouvert interagissant avec l'environnement physique et social, c'est-à-dire l'environnement naturel, l'environnement construit (*built environment*), les objets, les groupes sociaux et les formes occupationnelles (*occupational forms*). Tout au long de sa vie, la personne est continuellement amenée à choisir, à explorer et à interagir avec son environnement. La personne et l'environnement ont chacun le pouvoir de changer l'autre. Le rendement du système, c'est-à-dire l'occupation, est atteint par le fonctionnement indépendant de trois

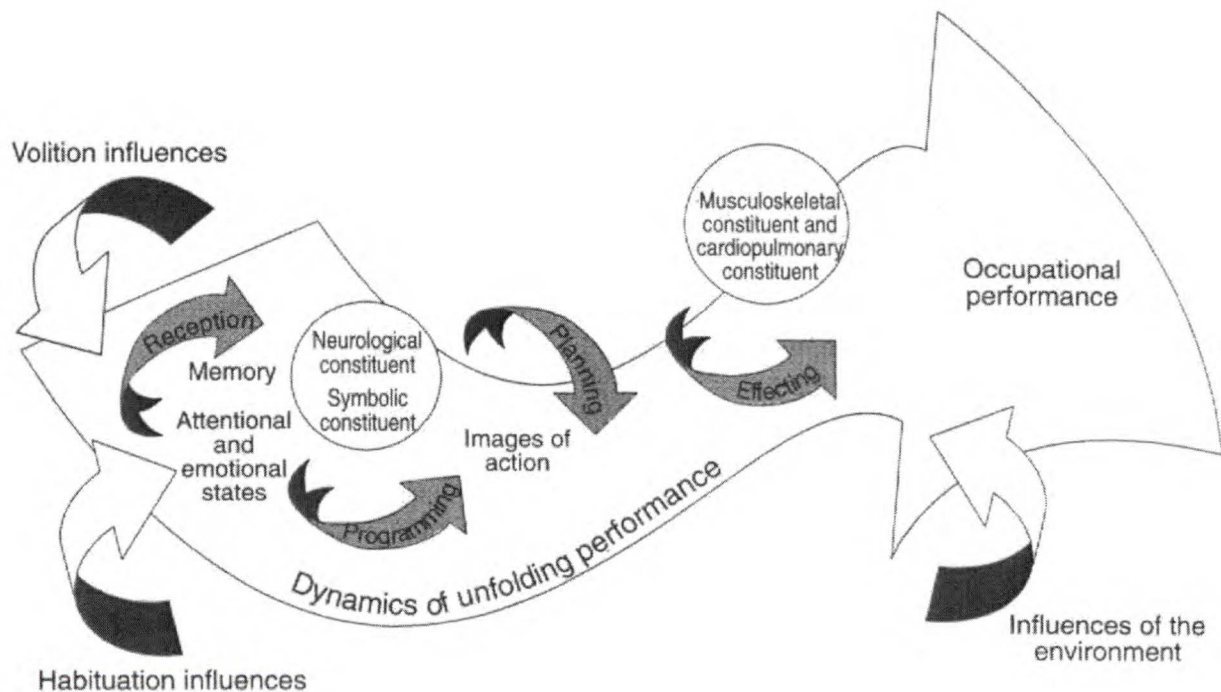


Figure 6. Modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 1995)

Tiré de : Kielhofner, G. (1995). *A Model of Human Occupation: Theory and Application (Second Edition)* (p. 85). Baltimore, Maryland; Williams and Wilkins.

sous-systèmes : 1) la volition, 2) l'habituatation et 3) la performance. La volition est une collection de dispositions et de connaissances qui prédisposent et permettent à la personne d'anticiper, de choisir, d'expérimenter et d'interpréter l'action. Elle comprend les caractéristiques personnelles, les valeurs et les intérêts de la personne. L'habituatation est une organisation interne des capacités nécessaires à l'exécution de comportements occupationnels. Ce sous-système inclut les habitudes de vie et les rôles. Enfin, le sous-système de la performance, comprenant l'esprit, le cerveau et le corps, est responsable de la production des comportements. Il est le cadre organisationnel qui donne une routine et une structure pour la prise de décisions et la satisfaction des demandes de l'environnement. Il est composé des habiletés musculo-squelettiques, neurologiques, cardio-pulmonaires et symboliques de la personne.

Le modèle représente un continuum de l'occupation allant du fonctionnel au dysfonctionnel : la réussite, la compétence, l'exploration, l'inefficacité, l'incompétence et l'impuissance. De ces six étapes, la réussite représente le niveau optimal de l'occupation fonctionnelle (Kielhofner, 1980). Un individu peut être à des niveaux différents pour des domaines distincts (Christiansen & Baum, 1991). Ce modèle, très complexe, représente les fondements de l'ergothérapie. Cependant, il définit peu la personne et son environnement, mettant surtout l'emphasis sur l'occupation, essence de l'existence humaine.

Le modèle de congruence

Élaboré dans les années 70, le modèle de congruence de Kahana (1982) illustre l'écart entre les besoins de la personne et les ressources de son environnement. Il

considère les caractéristiques de l'environnement et les besoins de la personne âgée en mettant l'accent sur ses préférences. L'environnement comprend trois dimensions : 1) l'isolement (*segregate*), 2) le rassemblement (*congregate*) et 3) le contrôle institutionnel (*institutional control*). La structure, la stimulation versus l'engagement, l'affect et l'impulsivité représentent les caractéristiques de la personne, basées sur ses préférences. L'objectif est de mieux comprendre la personne âgée en relation avec l'endroit où elle demeure et d'identifier quels environnements contribuent le mieux à son bien-être. Le modèle vise ensuite à créer ou modifier l'environnement de façon à l'optimiser (Kahana, 1982).

Le modèle de congruence détermine les zones critiques de la relation personne-environnement afin de favoriser l'adaptation de la personne. L'obtention d'un ajustement précis entre les caractéristiques de l'environnement et de la personne en considérant ses besoins contribuerait à un sentiment de bien-être et au fonctionnement adéquat de la personne âgée (Kahana, 1982). Il est un des rares modèles qui considère l'influence qu'exerce l'environnement sur la personne âgée et qui incorpore la notion de bien-être. Sa vision de l'environnement est toutefois restreinte au milieu d'hébergement, principalement aux milieux spécialisés. Aussi, la définition des composantes de la personne met l'accent sur ses préférences sans tenir compte de ses caractéristiques physiques. À cause des limites des fondements du modèle, l'instrument de mesure « *Person-Environment Fit* » (Kahana, 1982), conçu en lien avec ce cadre conceptuel, est peu intéressant pour la présente étude.

Le modèle personne-environnement-performance

Le modèle « personne-environnement-performance » (figure 7 ; Christiansen & Baum, 1991) inclut des concepts développés antérieurement par plusieurs auteurs (Clark, 1979; Engel, 1977; Howe & Briggs, 1982; Kielhofner & Burke, 1980; Mosey, 1974 ; 1985; Reed, 1984; Reilly, 1974). Il a été conçu dans l'objectif d'organiser certaines connaissances pour la pratique en ergothérapie. Trois grands systèmes sont représentés dans ce modèle : 1) la personne, 2) sa performance dans les activités, tâches et rôles et 3) l'environnement physique, social et culturel. Ce modèle illustre d'abord la personne par sa personnalité, c'est-à-dire sa motivation, ses objectifs, son expérience et ses croyances à propos de soi et de son environnement. Ensuite, il aborde les aptitudes et habiletés de la personne par un ensemble de facteurs intrinsèques (sphères psychologique, cognitive, sensitive, neurologique, motrice et physiologique) qui influencent sa performance. Les demandes environnementales en termes de travail, loisirs et soins personnels agissent sur le système de la performance.

Le sentiment de compétence, c'est-à-dire l'efficacité à rencontrer les demandes de l'environnement, aurait donc une influence considérable sur la performance en interagissant avec les aptitudes de la personne à comprendre l'information provenant de l'environnement (Christiansen & Baum, 1991). Ce modèle complexe définit minutieusement chacune de ses composantes. Il met l'emphasis sur la performance, résultant de la relation entre la personne et son environnement. Moins d'importance est alors accordée à la personne et à son environnement. Ce modèle est aussi difficilement opérationnalisable, aucun instrument de mesure n'ayant été proposé.

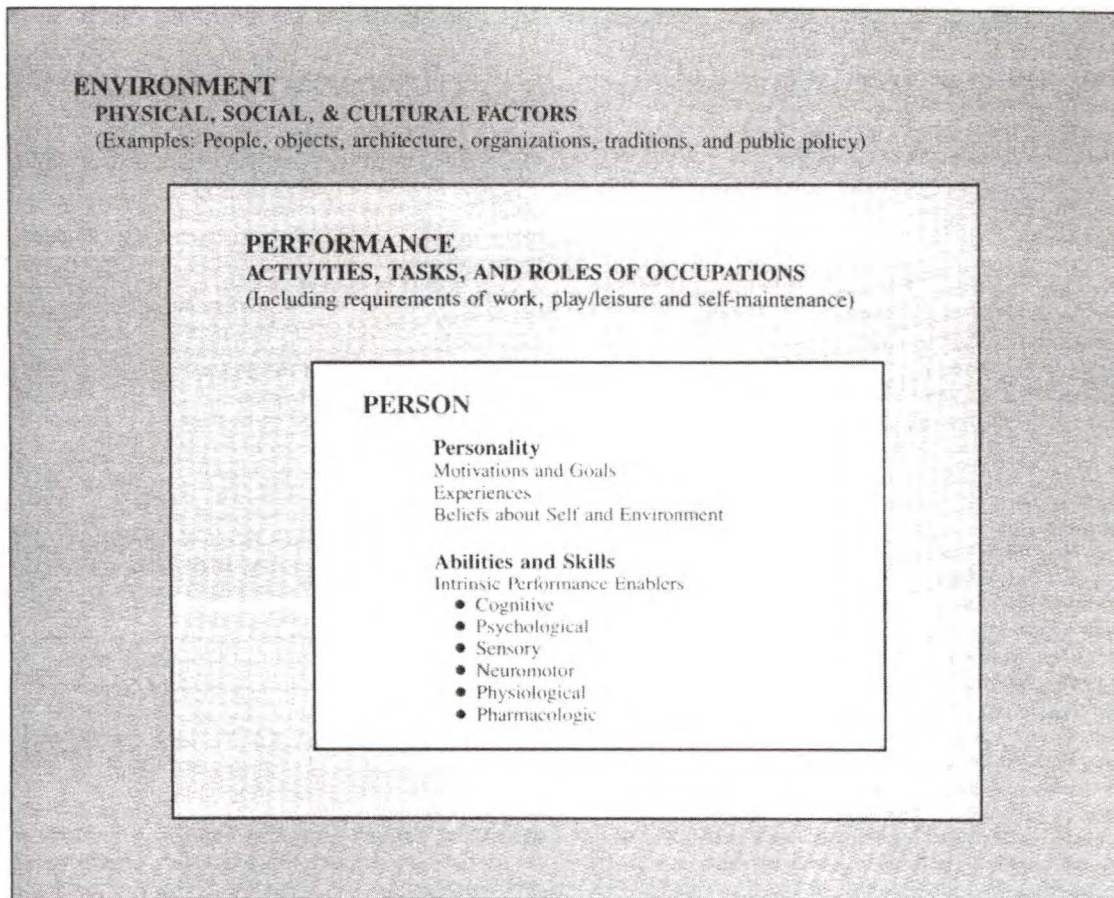


Figure 7. Modèle personne-environnement-performance (Christiansen & Baum, 1991)

Tiré de : Christiansen, C. & Baum, C. (1991). Occupational Therapy: Intervention for Life Performance. In C. Christiansen & C. Baum (Eds.), Occupational Therapy: Overcoming Human Performance Deficits (p. 19). Thorofare, New Jersey, SLACK Incorporated.

Le modèle canadien du rendement occupationnel

C'est l'Association canadienne des ergothérapeutes qui a élaboré, vers la fin des années 1980, puis a publié une version révisée en 1997 du modèle canadien du rendement occupationnel (figure 8). Ce cadre conceptuel représente les caractéristiques tridimensionnelles de l'interdépendance entre la personne, l'environnement et l'occupation. La personne comprend des dimensions physique, cognitive, affective et spirituelle. Elle est perçue comme une entité complexe et intégrée, ses dimensions

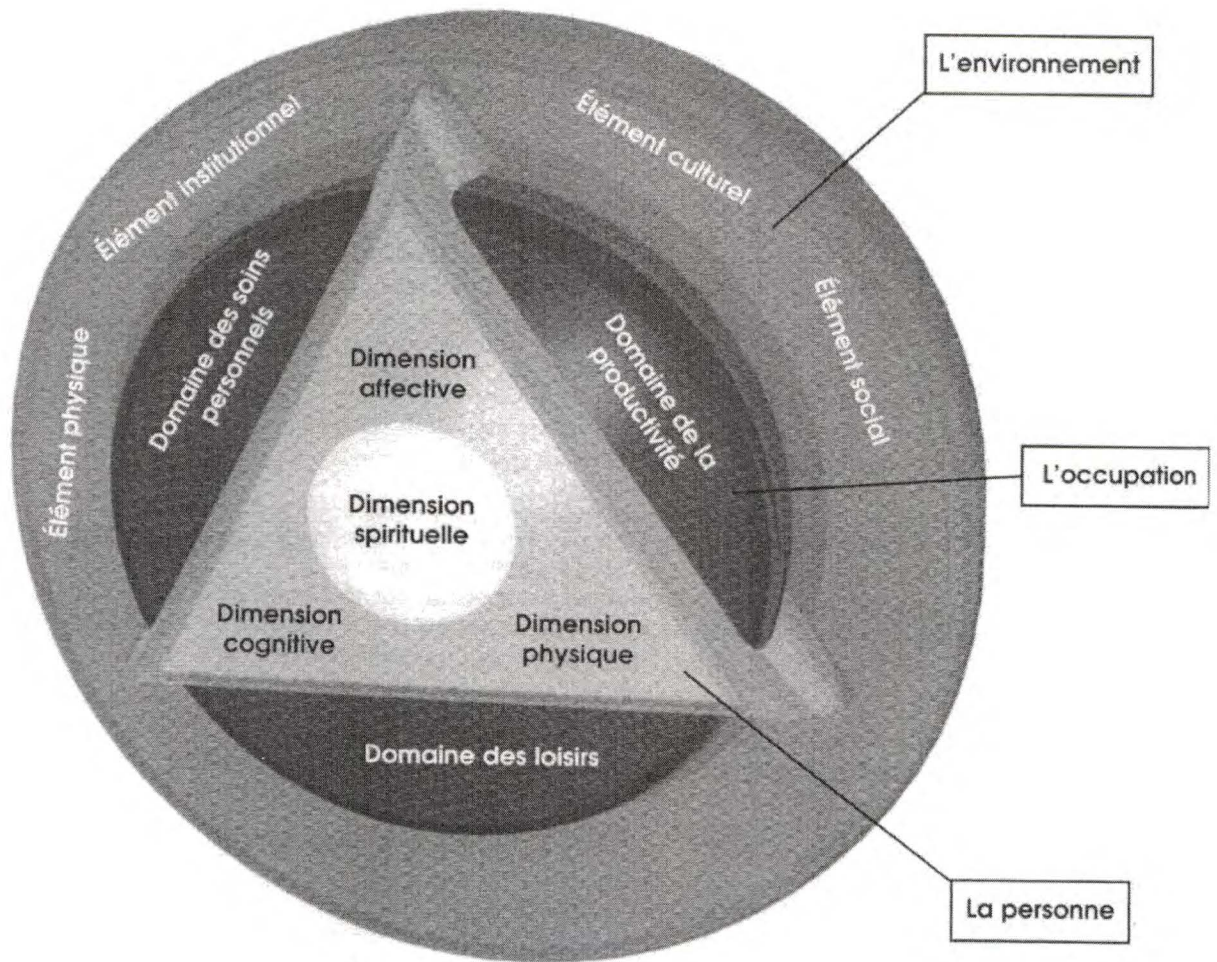


Figure 8. Modèle canadien du rendement occupationnel (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997)

Tiré de : Association canadienne des ergothérapeutes (1997). Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie (p. 36). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.

ne pouvant être isolées comme des entités séparées (vision holistique). Selon le modèle, l'essence d'une personne en santé et fonctionnelle est l'équilibre entre les dimensions physique, cognitive, affective et spirituelle. Cet équilibre contribue au sentiment de bien-être. Les soins personnels, la productivité et les loisirs composent l'occupation. Les ergothérapeutes défendent la prémisse selon laquelle la personne a besoin d'être engagée. L'engagement prend plusieurs formes et rôles, chacun ayant un effet crucial sur la qualité

de vie. Finalement, les éléments culturels, institutionnels, physiques et sociaux sont inclus dans l'environnement. L'individu s'engage avec ces composantes de l'environnement qu'il influence et par lesquelles il est influencé (Association canadienne des ergothérapeutes, 1997).

Ce modèle, complet en soi, se préoccupe de plusieurs composantes de l'individu et de l'environnement. Toutefois, les relations qu'il souligne ont été peu étudiées. Finalement, aucun instrument de mesure n'a été spécifiquement développé sur les fondements de ce modèle.

Le modèle de la performance du style de vie

Le modèle de la performance du style de vie souligne les interrelations entre la personne, l'environnement, le profil des activités et la qualité de vie (figure 9 ; Fidler, 1996). Il met aussi en relief la motivation de la personne d'atteindre un style de vie qui la satisfait, elle et son entourage, de façon optimale. Dans ce modèle, la performance humaine se définit comme l'aptitude à réaliser les tâches et rôles du quotidien essentiels pour atteindre une efficacité sociale et une satisfaction personnelle. Trois habiletés différentes sont mises en valeur : 1) l'aptitude à prendre soin de soi et le maintien de son niveau d'autonomie, 2) l'aptitude à s'engager dans une variété d'expériences qui satisfont les besoins de la personne et entraînent une gratification intrinsèque, et 3) l'aptitude à contribuer aux besoins et au bien-être des autres. La performance dans ces habiletés change avec les différents stades de la vie et varie selon les normes culturelles et sociales. Les facteurs de l'environnement externe peuvent inhiber ou renforcer le développement des habiletés (Fidler, 1982).

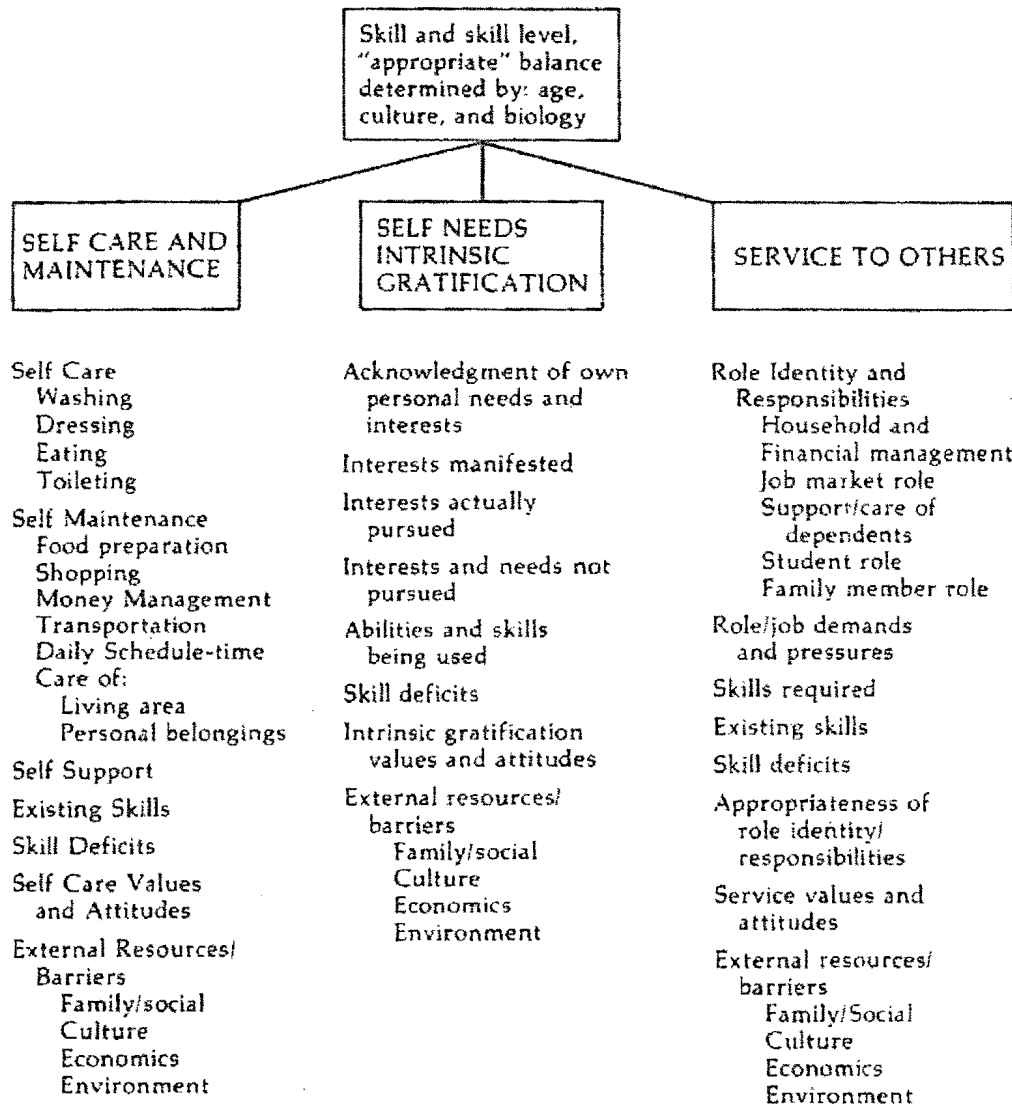


Figure 9. Modèle de la performance du style de vie (Fidler, 1996)

Tiré de : Fidler, G.S. (1982). *The life style performance profile: An organizing frame*. In B. Hemphill (Ed.), *The evaluation process in occupational therapy*. Thorofare, N.J.: Salck, 46.

Selon ce modèle, le développement et le maintien d'un répertoire d'activités qui permettent à la personne d'accéder à une expérience gratifiante et valorisante sont essentiels à sa qualité de vie. L'harmonie ou le bien-être est peu probable lorsque les barrières du monde externe sont présentes (Fidler, 1996). De façon critique, le modèle propose une vision intéressante de la relation personne-environnement. Toutefois, l'emphase est plutôt mise sur les habiletés de la personne et l'influence des facteurs environnementaux est négligée. Tout comme les modèles précédents, l'opérationnalisation des concepts est difficile à cause de l'absence d'instrument découlant directement du modèle.

Le modèle personne-environnement-occupation

Le modèle personne-environnement-occupation (figure 10 ; Law et al., 1996) inclut les concepts suivants : 1) la personne, 2) l'environnement, 3) l'activité, 4) les tâches, 5) l'occupation et 6) le rendement occupationnel (résultante). La personne est représentée comme un être unique dont les rôles varient à travers le temps et peuvent être assumés simultanément. Elle se caractérise par un ensemble d'attributs qui correspondent aux composantes du rendement, de l'expérience de vie ainsi que du concept de soi, du bagage culturel, de la personnalité et de compétences personnelles. L'environnement quant à lui réfère à des aspects culturels, socio-économiques, institutionnels, physiques et sociaux. L'activité se définit par une occupation singulière dans laquelle une personne s'engage et fait partie de son expérience occupationnelle quotidienne. Les tâches représentent l'ensemble des activités significatives dans lesquelles un individu s'engage. Le regroupement d'activités et de tâches dans lesquelles l'individu s'implique pour satisfaire ses soins personnels représente l'occupation. Finalement, le rendement

occupationnel se définit par l'expérience dynamique à travers le temps de la personne impliquée dans ses activités significatives et ses tâches dans un environnement donné.

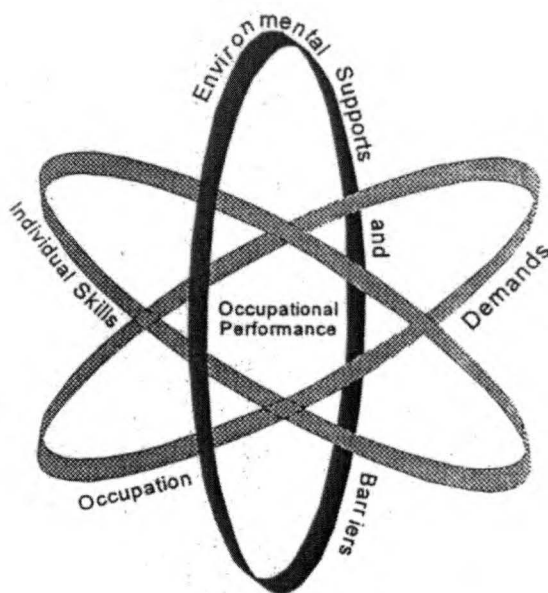


Figure 10. Modèle personne-environnement-occupation (Law et al., 1996)

Tiré de : Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupational Model: A transactive approach to occupational performance. Canadian Journal of Occupational Therapy, 63(1), 15.

Une des limites du modèle est qu'il définit l'environnement de façon peu détaillée. L'emphasis est plutôt mise sur la composante principale du modèle, le rendement occupationnel. Toutefois, il présente l'avantage d'inclure une vision holistique de l'individu, comprenant le corps, l'esprit et les caractéristiques spirituelles.

Le modèle de compétence

Le modèle de compétence (Rousseau, 1997) souligne aussi l'interaction constante entre la personne et son environnement, ces deux composantes s'influencent mutuellement. La personne est représentée à la fois comme une unité corps-esprit et un

système ouvert. L'environnement comprend des dimensions humaines et non-humaines. Le modèle propose que la relation entre la personne et son environnement se réalise par l'activité et s'exprime par les rôles. L'activité et les rôles représentent respectivement la concrétisation et la manifestation de la relation entre la personne et l'environnement.

La relation personne-environnement se qualifie selon un continuum « compétence-situation de handicap » qui réfère à la réussite ou à l'échec dans la capacité de réaliser ses activités et d'assumer ses rôles. L'individu peut fluctuer entre la capacité et l'incapacité de façon temporaire, ou être dans l'incapacité de façon permanente. La compétence représente l'efficacité avec laquelle la personne peut répondre aux demandes environnementales. Elle est une organisation et une intégration de plusieurs habiletés permettant d'atteindre divers buts et implique une certaine « maîtrise » de son environnement et de soi.

Ce modèle est le fondement de l'instrument « Évaluation à domicile de l'interaction personne-environnement » (ÉDIPE; Rousseau, 1997). Une des limites de l'ÉDIPE est son application restreinte à l'aménagement domiciliaire. De plus, il est basé sur l'observation, la mise en situation et l'entrevue semi-structurée, si bien que la durée d'administration de cet instrument (environ 10 heures par personne) est, pour les fins de cette recherche, trop longue.

Le Processus de production du handicap

Le Processus de production du handicap (figure 11) est proposé par le Réseau International du Processus de Production du Handicap (RIPPH; Fougeyrollas et al., 1996).

Il repose sur le modèle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publié par la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (ICIDH; OMS, 1980). Il représente un des modèles conceptuels incluant l'environnement, bien connus et répondant le mieux aux besoins des cliniciens et des chercheurs.

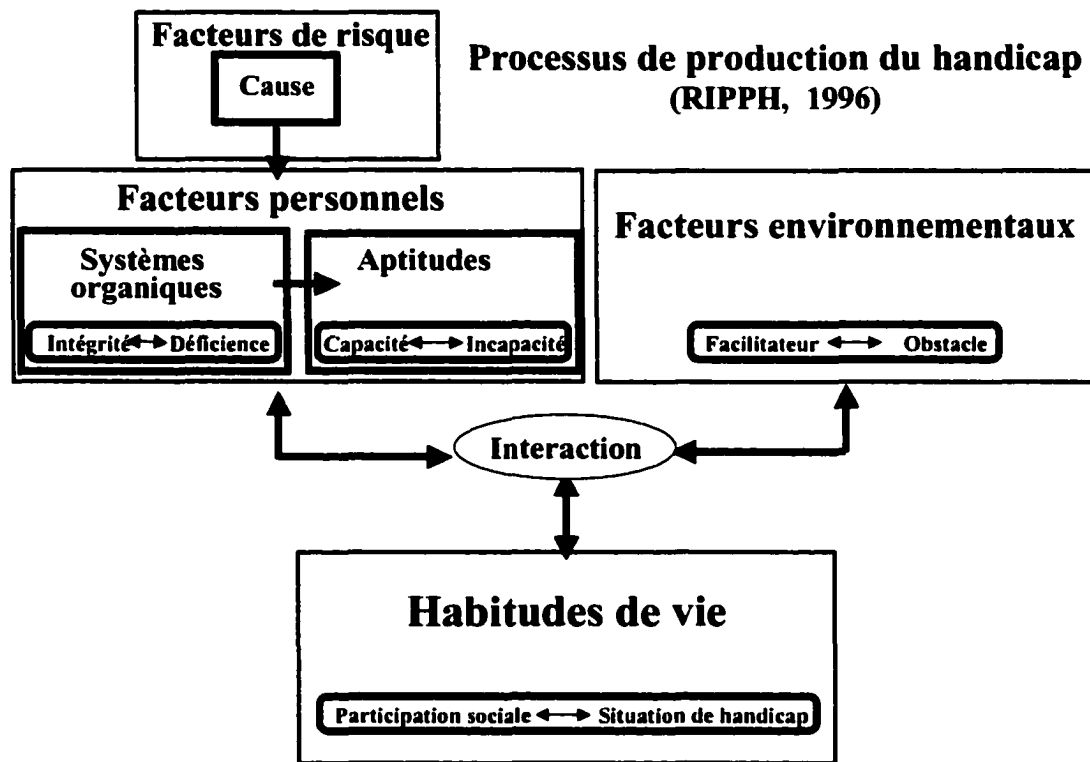


Figure 11. Modèle du Processus de production du handicap (Fougeyrollas et al., 1996)

Tiré de : Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., Côté, M. & St-Michel, G. (1996). Révision de la proposition québécoise de la classification : Processus de production du handicap. Réseau international sur le Processus de production du handicap ; CQCIDIH/SCCIDIH (10).

Le modèle est caractérisé par un ensemble d'interactions entre les aspects des facteurs personnels, environnementaux et des habitudes de vie. Les caractéristiques appartenant à la personne (âge, sexe, identité socioculturelle, déficience, incapacité, etc.) représentent les facteurs personnels. Les facteurs environnementaux sont les dimensions

sociales et physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société. Un facteur environnemental peut être un « facilitant » ou un « obstacle » pour l'individu. Plus précisément, un « facilitant » favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en relation avec les facteurs personnels. À l'inverse, un « obstacle » environnemental entrave ces habitudes. Tel que mentionné auparavant, les habitudes de vie se définissent, selon ce modèle, comme étant les AVQ, incluant les tâches domestiques, et les rôles sociaux valorisés par le contexte socioculturel pour une personne selon ses caractéristiques. Elles assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. La réalisation des habitudes de vie se qualifie par une situation allant de la « participation sociale » au « handicap ». D'un côté, une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. À l'opposé, une situation de handicap réduit cette réalisation.

La Mesure de la qualité de l'environnement (MQE) et la Mesure des habitudes de vie abrégée (MHAVIE) sont deux instruments élaborés en lien avec ce modèle conceptuel et validés. Par conséquent, ils permettent d'opérationnaliser le modèle. Finalement, la pertinence de ce modèle est appuyée par sa reconnaissance à l'échelle internationale et son utilisation tant en recherche qu'en clinique.

En résumé, ces modèles soulignent bien l'importance de l'environnement pour permettre à la personne la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique et des rôles sociaux. Malheureusement, la majorité des modèles détaillent peu les caractéristiques de la personne, de l'environnement et de l'interaction entre eux ou mettent

l'emphase sur l'occupation ou la performance. De plus, certains modèles ont des objectifs très spécifiques (par exemple, identifier les items de l'environnement qui doivent être modifiés pour mieux répondre aux besoins de la personne), tandis que pour d'autres modèles, aucun instrument de mesure n'a été développé. Par conséquent, le modèle du Processus de production du handicap est celui qui répond le mieux aux besoins de la présente étude.

4. La qualité de vie et l'environnement

L'environnement serait un des attributs les plus importants de la qualité de vie (Vlek et al., 1998). Une qualité de vie serait supérieure lorsque le pont entre les capacités de l'individu et les contraintes environnementales est réduit par le support social, l'utilisation d'aides techniques et la réduction des barrières architecturales. Lorsque l'individu a une faible qualité de vie, il se détache de son environnement ou a une attitude défaitiste (Albercht & Devlieger, 1999).

Tel que mentionné dans la section sur la qualité de vie de populations spécifiques, plusieurs facteurs de l'environnement influencent la qualité de vie. Le confort matériel, le support social, les revenus et les biens, la famille, la communauté, l'habitation, l'implication organisationnelle, l'environnement naturel, le gouvernement national et l'environnement physique et social sont quelques exemples de facteurs environnementaux reliés à la qualité de vie. Certains chercheurs ont spécifiquement étudié cette relation entre l'environnement et la qualité de vie.

Une étude longitudinale réalisée auprès d'une population spécifique de 650 personnes blessées médullaires avait pour objectif de déterminer la relation entre la satisfaction envers la vie et l'accessibilité de l'environnement (Richards et al., 1999). Les instruments de mesure utilisés sont : 1) la section « mobilité » du *Craig Handicap Assessment and Reporting Technique*, représentant la variable accessibilité (Whiteneck, Charlifue, Gerhart, Overholser & Richardson, 1992), 2) l'Échelle de satisfaction envers la vie (Diener et al., 1985), 3) le *ASIA Motor Index* (American Spinal Injury Association, 1990) et 4) la Mesure de l'indépendance fonctionnelle (Hamilton, Granger, Sherwin, Zielezny & Tashman, 1987). Les résultats démontrent que l'accessibilité de l'environnement est variable à travers le temps. L'accessibilité est reliée positivement à la satisfaction envers la vie ($p < 0,001$) et explique la même proportion de la variance de la satisfaction envers la vie que la fonction physique et l'occupation.

Vlek et collaborateurs (1998) ont réalisé une étude pour identifier les attributs importants de la qualité de vie et l'effet de certains changements sur la qualité de vie. Les 153 participants, âgés entre 18 et 80 ans, étaient assignés aléatoirement à un des six scénarios présentant un changement, c'est-à-dire une amélioration et/ou détérioration économique et/ou environnemental. Ils devaient alors anticiper les effets de ces changements sur leur qualité de vie. Les résultats démontrent que, pour tous les groupes d'âge, les attributs importants de la qualité de vie sont la famille, un environnement de qualité et la nature. Le confort est un des attributs qui serait le moins important. Les changements anticipés d'une détérioration de l'environnement sur la qualité de vie seraient significativement négatifs. Cette étude considère principalement l'aspect

écologique de l'environnement, c'est-à-dire la pollution, la qualité de l'eau et de l'air, et/ou l'aspect économique.

L'étude de Bubolz et collaborateurs (1980) visait à construire un cadre théorique (écosystème) et à l'appliquer dans une étude de la qualité de vie de personnes vivant en milieu rural. Soixante-cinq participants âgés de 45 à 85 ans (moyenne 61 ans) vivant depuis plus de 20 ans dans une région rurale économiquement pauvre ont été interviewés à l'aide de questions ouvertes et fermées. Les questions portaient sur la qualité de vie globale, la satisfaction envers la communauté ainsi que sur l'importance et la satisfaction envers 21 préoccupations de la vie pré-sélectionnées. Les résultats démontrent que ceux qui ont des revenus plus élevés ou les couples qui ont des enfants à la maison ont une qualité de vie supérieure ($p < 0,05$). La qualité de vie subjective et la satisfaction envers la communauté sont significativement reliées ($r = 0,32$; $p < 0,001$). La vie familiale, l'habitation et la sécurité financière font partie des préoccupations de la vie les plus importantes, la vie familiale étant même parmi les plus satisfaisantes. Néanmoins, les préoccupations moins satisfaisantes sont, entre autres, le gouvernement national et la sécurité financière. La satisfaction envers les réalisations, la vie familiale, le travail et la sécurité financière expliquent, ensemble, 53% de la variance de la qualité de vie subjective et, selon les auteurs, représentent les besoins humains. Ces besoins sont satisfaits par les ressources de la communauté, suggérant l'importance de l'environnement dans l'évaluation de la qualité de vie. L'environnement serait donc un déterminant majeur de la qualité de vie. Les instruments de mesure utilisés représentent une des limites de cette étude. Les instruments de qualité de vie subjective et de la satisfaction envers la

communauté comprennent seulement un item et les qualités métrologiques n'ont pas été vérifiées.

Plusieurs recherches se sont aussi intéressées à la relation entre les facteurs environnementaux et la qualité de vie spécifiquement chez les personnes âgées. Lawton et Cohen (1974) ont étudié l'impact d'une relocalisation physique sur le bien-être social et psychologique de personnes âgées. L'instrument mesurant le bien-être considérait les aspects suivants : l'autonomie fonctionnelle (capacité de marcher un mille), le moral, la perception du changement pour le mieux (comparaison temporelle actuelle versus le passé), l'état de solitude (occasions d'interactions), les intentions liées aux enfants (actions liées directement ou indirectement aux enfants), la satisfaction envers l'habitation, l'implication dans les activités liées au monde extérieur, la continuité des activités significatives et la satisfaction envers la situation. Cette étude longitudinale comprenait 574 personnes voulant être relocalisées et un groupe de comparaison composé de 324 personnes résidant dans la communauté. Un total de 591 participants ont pu être réévalués un an plus tard. Les résultats démontrent que les personnes ayant été relocalisées avaient des scores supérieurs au niveau du moral, de l'amélioration perçue de sa situation, de la satisfaction envers l'habitation, de l'implication dans les activités liées au monde extérieur et de la satisfaction envers la situation. Toutefois, ceux-ci avaient une moins bonne autonomie fonctionnelle. Les auteurs discutent du taux élevé de perte de participants ainsi que du biais de désirabilité sociale associé à l'étude.

Quelques années plus tard, Lawton et collaborateurs (1978) ont publié les résultats d'une autre étude longitudinale mesurant les changements du bien-être pendant une

période de six mois suite à des changements de milieu de vie. Cette étude a été réalisée auprès de 82 personnes âgées. L'instrument mesurant le bien-être était, cette fois-ci, composé des items suivants : la satisfaction de l'habitation, la fréquence d'utilisation des ressources, le nombre d'activités réalisées, le réseau d'amis, le moral, la mobilité, le nombre de services utilisés et l'auto-perception des changements. Dans cette recherche, les caractéristiques environnementales considérées sont les caractéristiques de l'habitation (l'espace, les odeurs, la qualité de l'éclairage, l'état, le nombre de marches extérieures et intérieures, le type de résidence), l'ambiance de l'habitat, la qualité du quartier (le nombre d'espaces commerciaux, la propreté, le taux d'habitation libre, etc.) et la similarité du quartier avec la personne (le niveau socio-économique, la moyenne d'âge, etc.). Une satisfaction supérieure envers l'habitation est associée à un changement entraînant une amélioration de l'ambiance. Aussi, une amélioration de la satisfaction envers l'habitation et de la capacité fonctionnelle est associé à un changement vers un espace habitable plus petit. Finalement, les aspects physiques de l'environnement sont plus reliés au bien-être que les aspects sociaux. Les auteurs concluent que l'environnement est un élément significatif du bien-être général. De plus, la perception d'une amélioration de la vie est associée à l'amélioration de la qualité du voisinage, de l'ambiance et de l'état de l'habitat ainsi qu'un changement pour un espace habitable plus petit et une diminution du sentiment de besoin de services. Encore une fois, le point faible de cette étude est l'instrument maison utilisé pour mesurer le bien-être limitant la comparaison avec d'autres études.

L'article de Lawton, Moss et Kleban, (1984) a combiné les résultats de trois études réalisées auprès de 8062 personnes âgées afin de documenter la relation entre les

conditions de vie et le bien-être. Les éléments inclus comme indicateurs du bien-être sont le fonctionnement cognitif, la santé, l'utilisation du temps (objectif), les interactions familiales, les interactions amicales, la perception de l'utilisation du temps (subjectif), la perception de la qualité des interactions familiales, la perception de l'environnement et la qualité objective de l'environnement. Les résultats démontrent que le fait d'être marié est une situation favorable, la personne âgée mariée ayant plus d'interaction avec des amis et un bien-être supérieur. Les personnes qui vivent seules sont cependant en meilleure santé, ont un fonctionnement cognitif supérieur, moins d'interaction avec la famille mais plus avec les amis et une utilisation du temps plus significative. Elles ont toutefois un bien-être subjectif inférieur et un environnement résidentiel de moindre qualité. Un des points faibles de cette étude est qu'elle n'effectue pas d'analyse de la qualité des études combinées.

L'objectif d'une autre recherche sur l'environnement est d'étudier l'influence de l'environnement physique et social sur le bien-être des personnes âgées vivant cette fois-ci dans différents domiciles : maison uni-familiale, appartement, hébergement public et maison pour retraités (Chapman & Beaudet, 1983). Cette étude a inclus les variables suivantes : le type d'habitation, la qualité du voisinage, le taux de crimes, la concentration de personnes âgées demeurant dans l'édifice ou le secteur avoisinant, la distance des services et du centre-ville et le niveau socio-économique du secteur. Deux cent vingt-quatre participants ont été sélectionnés à l'aide d'un échantillon aléatoire et stratifié selon le revenu et le milieu de vie. Les résultats démontrent que vivre loin du centre-ville et avoir un voisinage de qualité (tranquille, habité, bien entretenu, bien aménagé et absent d'activités industrielles) seraient les meilleurs prédicteurs environnementaux physiques du

bien-être des personnes âgées. La variance du bien-être est, entre autres, expliquée par les contacts sociaux, les interactions avec le voisinage et la satisfaction envers le voisinage. Il faut noter que cette étude mesure le bien-être via la satisfaction envers le voisinage, la satisfaction générale envers la vie, les contacts avec les amis, la famille et le voisinage et le niveau d'activité. Aussi, l'accessibilité n'était pas incluse dans la définition de l'environnement physique.

Finalelement, exclusivement du côté de l'environnement social, Prince et al. (1997) ont réalisé une étude transversale à l'aide d'un sondage auprès de 654 personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la communauté. L'objectif était de mettre l'emphasis sur la relation entre la dépression et les variables démographiques, le support social et les événements de la vie. Les résultats ont démontré une forte association entre un support social déficitaire et la dépression. Les facteurs associés à une pauvre qualité de vie sont un faible support social, la solitude, le handicap et la dépression.

Bref, plusieurs études soulignent le lien entre la qualité de vie et certaines composantes de l'environnement physique et social. Selon Lawton et collaborateurs (1978), les aspects physiques de l'environnement sont plus reliés à la qualité de vie que les aspects sociaux. Cependant parmi les études recensées, peu se sont intéressées aux personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles et vivant à domicile. Est-ce que les mêmes relations entre la qualité de vie et l'environnement sont présentes chez cette population ? Les habitudes de vie ne seraient-elles pas un intermédiaire entre la qualité de vie et l'environnement ?

5. La qualité de vie et les habitudes de vie

Tel que décrit dans le modèle du Processus de production du handicap, les habitudes de vie se définissent comme étant les AVQ, incluant les AVD, et les rôles sociaux valorisés par le contexte socioculturel d'une personne selon ses caractéristiques, c'est-à-dire son âge, son sexe, son identité socioculturelle, etc. (Fougeyrollas et al., 1996). Les rôles que la personne choisit et réalise tout au long de sa vie, organisent et influencent ses AVQ (Kielhofner & Burke, 1985). Parce que ces rôles créent une structure pour interagir avec l'environnement, un équilibre et une diversité sont essentiels pour permettre à l'individu de satisfaire son besoin d'explorer et de maîtriser son environnement (Elliott & Barris, 1987). Les rôles seraient donc un aspect fondamental de la vie (Watson & Ager, 1991).

Comme mentionné dans les études des sections précédentes, la qualité de vie est reliée de différentes façons aux habitudes de vie. Parmi les facteurs reliés, on retrouve, entre autres, les incapacités fonctionnelles, l'efficacité personnelle, les réalisations, l'accomplissement des rôles, la performance dans les rôles sociaux, le rôle familial, la perception de la qualité des interactions familiales, l'intégration sociale et les relations interpersonnelles. La participation dans les loisirs actifs, la satisfaction envers les loisirs, la satisfaction religieuse, l'occupation, les activités significatives, le nombre d'activités réalisées et la mobilité sont aussi associés aux habitudes de vie. Cependant, selon Koplas et collaborateurs (1999), les incapacités physiques expliqueraient partiellement la qualité de vie de personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles. De plus, selon Albercht et Devlieger (1999), Blixen et Kippes (1999) et Viemerö et Krause (1998), les incapacités fonctionnelles ne diminuent pas la qualité de vie. Ce serait la capacité de s'adapter à la vie

de tous les jours qui serait le facteur déterminant (Viemerö & Krause, 1998). Quelques chercheurs ont étudié la relation entre le niveau de handicap dans les habitudes de vie et la qualité de vie.

Une étude longitudinale a été réalisée pour vérifier la relation entre la qualité de vie et les AVQ (Kirchman, 1986). La qualité de vie est définie par l'affect général et la satisfaction. Quatre-vingt-six participants traités en ergothérapie ont participé à l'étude. Les résultats indiquent que la qualité de vie subjective est positivement corrélée à la satisfaction dans le travail présent ($r = 0,47$; $p = 0,01$), dans les passe-temps ($r = 0,63$; $p < 0,001$), dans les standards de vie ($r = 0,21$; $p = 0,03$) et dans la santé ($r = 0,30$; $p < 0,001$). Toutefois, elle ne serait pas corrélée à la satisfaction envers les activités de soins personnels, de communication, d'entretien de la maison, les activités formelles et la marche. En conséquence, les interventions en ergothérapie sur les AVQ pourraient ne pas avoir d'effet sur la qualité de vie. L'auteur discute de la limite du choix de l'échantillon. Une autre des limites de l'étude est l'utilisation de questionnaires maisons dont les qualités métrologiques n'ont pas été pré-testées.

Les études suivantes se sont concentrées uniquement sur une population de personnes âgées. D'abord, Smith, Kielhofner et Watts (1986) ont réalisé une étude descriptive auprès de 60 participants âgés. Les résultats démontent que la satisfaction envers la vie est reliée au degré d'intérêt ($\rho = 0,26$; $p = 0,04$), aux valeurs ($\rho = 0,40$; $p < 0,001$) et aux réalisations dans l'occupation ($\rho = 0,39$; $p < 0,001$). Aussi, passer plus de temps au travail ($\rho = 0,27$; $p = 0,01$) et dans les loisirs ($\rho = 0,18$; $p = 0,05$), comparativement aux AVQ ($\rho = -0,11$; $p = 0,21$) et au repos ($\rho = -0,23$; $p = 0,02$), est

associé à une meilleure satisfaction envers la vie. Une des faiblesses de cette étude vient du manque d'uniformité des participants dans la façon de répondre au questionnaire sur l'occupation.

Maguire (1983) a exploré la relation entre la perception de la capacité à participer à des activités significatives et la satisfaction envers la vie. L'objectif secondaire consistait à vérifier la relation entre la satisfaction envers la vie et la perception de la santé, la perception des revenus et la perception du support social. Deux cent vingt-sept personnes âgées ont été recrutées parmi les participants d'un programme de dîner nutritif. En ordre d'importance, la perception de la santé, des revenus, du support social et l'indépendance dans les activités significatives expliqueraient, ensemble, 22% de la variance de la satisfaction envers la vie. L'ajout de la variable « participation dans les activités significatives » dans le modèle est responsable d'une augmentation significative de seulement 2%. L'auteur suggère un raffinement des instruments de mesure et une identification des caractéristiques des activités pour soutenir le fait que les activités sont un aspect central de la santé et de la qualité de vie. Une des forces de l'étude est le choix d'instruments dont les qualités métrologiques ont été bien étudiées.

Deux autres études se sont concentrées sur des personnes âgées vivant à domicile. Une étude descriptive transversale a été réalisée auprès de 112 personnes âgées vivant à domicile et membres d'un club de l'âge d'or (Elliott & Barris, 1987). Les résultats démontrent qu'il y a une relation entre la satisfaction envers la vie et le nombre de rôles réalisés ($r = 0,26$; $p < 0,01$) et leur signification ($r = 0,29$; $p < 0,01$). Par ailleurs, Watson et Ager (1991) ont réalisé une étude à l'aide d'un échantillonnage de convenance de 75

personnes âgées de 50 ans et plus vivant à domicile. Les résultats démontrent que trois des dix rôles sont reliés à la satisfaction envers la vie, soit celui d'étudiant ($\rho = -0,27$; $p < 0,05$), de la personne qui s'occupe de l'entretien de la maison ($\rho = 0,26$; $p < 0,05$) et de la personne impliquée dans une communauté religieuse ($\rho = -0,23$; $p < 0,05$). Étonnamment, les rôles de bénévole, d'ami et de membre de la famille ne sont pas reliés à la satisfaction envers la vie. L'état de santé perçu ($\rho = 0,21$; $p < 0,05$) et l'âge ($\rho = -0,27$; $p < 0,05$) sont reliés à la satisfaction envers la vie. Toutefois, la fréquence de réalisation des rôles n'est pas reliée à la satisfaction envers la vie ($\rho = 0,12$; $p > 0,05$). Cet article présente une étude très bien structurée et de qualité. L'inclusion de personnes dans la cinquantaine est peu traditionnelle, surtout compte tenu de leur réalité différente.

En bref, la relation entre les habitudes de vie et la qualité de vie est soit confirmée, partiellement confirmée ou infirmée par les études présentées. Par ailleurs, aucune étude répertoriée dans les écrits scientifiques n'a porté spécifiquement sur la relation entre la qualité de vie et les habitudes de vie des personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles. L'absence de consensus souligne l'importance de statuer sur la présence ou non d'une relation entre d'une part, la qualité de vie et, d'autre part, l'environnement et les habitudes de vie. Un nombre plus important d'études est en faveur d'une relation significative entre ces variables. Cependant, selon les études du présent chapitre, la relation entre la qualité de vie, l'environnement perçu et le niveau de handicap dans l'ensemble des habitudes de vie de personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles et vivant à domicile n'a pas été considérée. Ce qui constitue l'intérêt de la présente étude.

CHAPITRE 3

OBJECTIF ET HYPOTHÈSES

L'objectif de cette recherche est d'étudier la relation entre, d'une part, la qualité de vie et, d'autre part, l'environnement et le niveau de handicap dans les habitudes de vie des personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles et vivant à domicile.

Deux hypothèses de recherche ont été formulées : 1) La qualité de vie est positivement et significativement associée à l'environnement et au niveau de handicap dans les habitudes de vie des personnes âgées vivant à domicile et présentant des incapacités fonctionnelles ; 2) La relation entre la qualité de vie et l'environnement est plus importante chez les personnes âgées présentant des incapacités fonctionnelles modérées à sévères que chez celles ayant des incapacités légères.

CHAPITRE 4
MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre est réservé à la présentation des aspects méthodologiques. Il permet d'abord de préciser le dispositif de recherche et la population choisie pour réaliser l'étude. La procédure de recrutement et le déroulement de la collecte des données sont ensuite présentés. Finalement, les variables et instruments de mesure, la taille de l'échantillon et les analyses statistiques sont détaillés.

I. Dispositif de recherche

Un dispositif transversal de type enquête a été retenu pour la réalisation de cette étude. Ce dispositif peut aussi être qualifié d'analytique car il a pour objectif de quantifier la relation entre différentes variables. Il a permis d'évaluer plusieurs variables dans un même temps puisque le but est d'établir des corrélations entre différentes variables. L'unité d'observation étant l'individu, le type d'étude transversale désigné est l'enquête.

II. Population à l'étude

Cette étude a été réalisée auprès de personnes âgées de 60 ans et plus, ayant des incapacités fonctionnelles et vivant à domicile. Les participants devaient présenter : 1) des fonctions cognitives préservées (résultat à l'Échelle du statut mental supérieur ou égal au 25^e centile selon l'âge et la scolarité), 2) un niveau d'autonomie indiquant la présence d'incapacités fonctionnelles (un score supérieur ou égal à 5 au Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) et 3) une compréhension suffisante du français ou de l'anglais. Les participants ont été recrutés parmi les personnes qui recevaient des services de l'Hôpital de jour de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) et les personnes qui avaient récemment reçu des services de maintien à domicile du CLSC de La

Région-Sherbrookoise. Les personnes en phase terminale ou ayant des troubles du langage modérés ou sévères étaient exclues de l'étude.

III. Procédure de recrutement

La stratégie d'échantillonnage choisie est non probabiliste de convenance. Le recrutement s'est étalé sur une période de deux mois, pendant les mois de novembre et de décembre 2000. Une liste de personnes recevant des services de l'Hôpital de jour de l'IUGS au moment du recrutement et une seconde liste de personnes ayant eu des services de maintien à domicile dans les huit derniers mois, ont été mises à notre disposition. D'abord, la liste complète des patients actifs et des nouvelles admissions à l'Hôpital de jour a directement été consultée. Ensuite, pour les personnes recevant des services du CLSC, la liste provenait du service d'ergothérapie et incluait les personnes qui avaient reçu la visite d'un ergothérapeute entre avril et novembre 2000. Les dossiers médicaux des participants potentiels ont d'abord été consultés afin de vérifier leur admissibilité à l'étude. Si les renseignements relatifs à l'Échelle du statut mental et au Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle manquaient au dossier, ils étaient recueillis lors de la première rencontre avec le participant.

Pour les personnes recevant des services du programme de l'Hôpital de jour, le premier contact se faisait en personne pendant leurs temps libres au programme, tandis que pour les personnes ayant reçu des services de maintien à domicile, le premier contact était réalisé par téléphone. Ce premier contact servait à obtenir leur consentement à participer à l'étude. Après avoir reçu toute l'information nécessaire pour faire un choix

éclairé quant à sa participation à l'étude, chaque participant a signé le formulaire de consentement (annexe 1).

IV. Collecte des données

Cette étude a d'abord été acceptée par le comité d'éthique de la recherche de l'IUGS (annexe 2). Le directeur des services professionnels de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke a ensuite autorisé l'utilisation de la clientèle de l'Hôpital de jour pour le recrutement des participants et la consultation des dossiers des usagers. Le directeur général du CSLC de La Région-Sherbrookoise a déterminé que l'étude correspondait aux orientations de l'établissement et a permis le recrutement via la clientèle du CLSC. Le directeur des services à la clientèle du CLSC de La Région-Sherbrookoise a aussi autorisé la consultation des dossiers des participants potentiels à l'étude (annexe 3).

Un pré-test des instruments de mesure a été réalisé à l'aide d'une personne âgée hébergée en soins de longue durée à l'IUGS. Cette première étape a permis de constater, entre autres, la durée de l'entretien. Un ajustement a ensuite été nécessaire pour diminuer la durée, augmenter la compréhension et faciliter les réponses des participants aux différents instruments. Des cartons illustrant les choix de réponses pour chacun des instruments ont été conçus à cet effet. Pour un des instruments de mesure de la qualité de vie, les choix de réponses étaient, même avec le carton, plus abstraits. En effet, les choix étaient seulement identifiés pour les deux extrémités des cases. Chacune des six cases a alors été graduée en mots. Finalement, ce pré-test a permis de remarquer que les questions étaient, de façon générale, bien comprises.

Les participants ont répondu une seule fois aux différents instruments de mesure. Chaque participant a été évalué à son domicile. Une ou deux rencontres étaient nécessaires pour répondre à l'ensemble des instruments qui sont présentés dans la section suivante. L'ordre de passation des tests était identique pour chaque participant : 1) Échelle de satisfaction envers la vie, 2) Indice de la qualité de vie, 3) Échelle de bien-être général, 4) Mesure de la qualité de l'environnement et 5) Mesure des habitudes de vie abrégée. Ces instruments sont tous des questionnaires auto-administrés. Toutefois, afin de faciliter l'administration, les participants ont été assistés dans le complètement des questionnaires. Les différents questionnaires faisaient réfléchir la personne sur sa situation de vie actuelle et auraient pu lui faire vivre certaines émotions. Une intervention mettant les participants en contact avec un agent de relations humaines de l'Hôpital de jour ou du CLSC, selon le lieu de recrutement, avait été prévue en cas de besoin, mais aucune référence n'a été nécessaire. Les données ont été collectées au même moment que le recrutement, soit pendant les mois de novembre et de décembre 2000.

V. Variables et instruments de mesure

Cette section vise d'abord à présenter les variables sociodémographiques et cliniques (annexe 4). Les instruments de mesure servant à la vérification des critères d'admissibilité des participants (variables de recrutement) sont ensuite détaillés. Pour terminer, les variables principales à l'étude et leurs instruments de mesure respectifs (annexe 5) sont présentés.

Variables sociodémographiques et cliniques

Les variables sociodémographiques et cliniques suivantes ont été recueillies : l'âge, le sexe, la langue usuelle, le type de résidence, le statut civil, la situation de vie, la scolarité, le niveau socio-économique, la satisfaction envers les revenus, les diagnostics médicaux, l'auto-perception de la santé, l'auto-perception de l'humeur, la présence d'un événement bouleversant survenu récemment et le temps écoulé depuis le début des incapacités fonctionnelles. Les renseignements sur les diagnostics médicaux provenaient du dossier médical tandis que les données relatives aux autres variables étaient obtenues en questionnant directement le participant. Ces données étaient aussi recueillies auprès des personnes ayant refusé de participer à l'étude afin de documenter le biais lié au refus.

Variables de recrutement

Tel que décrit plus haut, deux variables ont été utilisées pour sélectionner les participants : les fonctions cognitives et l'autonomie fonctionnelle. Les instruments utilisés pour mesurer ces variables sont respectivement l'Échelle du statut mental (*Mini-Mental State Examination* ; MMSE) et le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF).

Le MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) comprend 11 items évaluant la mémoire, l'orientation, l'attention et le calcul. Le score maximal est de 30, un score élevé signifiant des fonctions cognitives préservées. Des normes selon l'âge et la scolarité ont été établies (Bravo & Hébert, 1997). Les qualités métrologiques étudiées auprès de personnes âgées indiquent une fidélité test-retest de 0,94 et interjuges de 0,95 (Hébert, Bravo & Girouard, 1992), une validité de construit de convergence de 0,83 établie à l'aide

d'une échelle d'intelligence (Farber, Schmitt & Logue, 1988) et une sensibilité/spécificité variant de 81 à 87% selon les études (Anthony, LeResche, Niaz, Von Koff & Folstein, 1982 ; Kafonek et al., 1989 ; Kay et al., 1985).

Le SMAF (Hébert, Carrier & Bilodeau, 1988) présente 29 items répartis dans cinq catégories d'aptitudes fonctionnelles soit les AVQ, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les activités domestiques. La cotation se fait à l'aide d'une échelle à quatre ou cinq niveaux, selon l'item : autonomie (0), difficulté (0,5), besoin de supervision (1), besoin d'aide (2) et dépendance (3). Le score maximal est de 87. Plus il est près de 0, plus la personne est autonome. Les qualités métriques ont été très bien étudiées auprès de personnes âgées : fidélité test-retest de 0,95 et fidélité interjuges de 0,96 (Desrosiers, Bravo, Hébert & Dubuc, 1995), validité concomitante de 0,88 établie à l'aide d'une comparaison avec la formule de relevé des actions nursing (Hébert et al., 1988) et validité de construit discriminante déterminée à l'aide des scores statistiquement différents selon les milieux d'hébergement (Hébert & Bilodeau, 1986).

Variables principales à l'étude

La qualité de vie

La notion subjective de la qualité de vie est celle retenue pour l'étude. L'approche subjective est identifiée par les écrits scientifiques comme étant nettement supérieure à l'approche objective et elle considère les aspects fondamentaux de ce concept. L'absence de mesure étalon a justifié la décision d'utiliser deux façons pour mesurer la qualité de vie. D'abord à l'aide de deux construits, soit la satisfaction envers la vie et le bien-être général. Basée sur la recension des écrits, la qualité de vie serait reliée à la perception que

la personne a de ses conditions de vie, ses idéaux, ses réalisations (satisfaction), ainsi qu'à son humeur, son sentiment de contrôle, sa santé physique et mentale et ses préoccupations (bien-être général). Ensuite, elle a été mesurée à l'aide d'un instrument spécifique à la qualité de vie.

La satisfaction de la vie a été mesurée à l'aide de l'Échelle de satisfaction envers la vie (*Satisfaction with Life Scale*) qui a été conçue par Diener et collaborateurs (1985). Grâce à ses cinq énoncés répondus sur une échelle de Likert à sept niveaux, l'instrument permet d'obtenir un score global, obtenu en utilisant la somme des scores de chaque énoncé. Le score maximal est de 35. Plus il est élevé, meilleure est la satisfaction envers la vie. La traduction française renversée parallèle de cet instrument a été effectuée par Blais, Vallerand, Pelletier et Brière (1989). Les qualités métrologiques étudiées auprès d'étudiants universitaires et de personnes âgées indiquent une fidélité test-retest après deux mois acceptable (0,64 à 0,82), une bonne cohérence interne (0,80 à 0,82) et une structure à une seule dimension expliquant 56% de la variance. Selon Dijkers (1999), cet instrument est sensible aux changements provoqués par les événements de la vie.

Le bien-être général a été estimé via l'Échelle de bien-être général (*General Well-Being Schedule*; Dupuy, 1978) qui comprend 18 items, dont 14 qui se répondent sur une échelle de Likert à six niveaux et 4 sur une échelle visuelle analogue graduée de 0 à 10. L'instrument présente six catégories : l'anxiété, la dépression, le bien-être, le contrôle des émotions, la vitalité et la santé générale. Le résultat est obtenu par la somme des scores de chaque énoncé. Le score maximum est de 110 indiquant un haut niveau de bien-être. Selon Dupuy un score de 0 à 60 indique une détresse sévère ; de 61 à 72, une détresse

modérée ; et de 73 à 110, un bien-être positif. Une traduction renversée parallèle en français a été effectuée par Bravo, Gaulin et Dubois (1996). Les qualités métrologiques ont, par la même occasion, été vérifiées auprès de personnes âgées. L'instrument a une très bonne cohérence interne (0,92), une bonne fidélité test-retest (0,82) ainsi qu'une bonne validité concomitante avec des mesures de dépression et d'anxiété (0,70).

Un score unique de qualité de vie a ensuite été composé du résultat obtenu à ces deux instruments de mesure (échelles de satisfaction envers la vie et de bien-être général). Les scores de chacun des instruments ont d'abord été reportés sur cent. Ensuite, un poids égal (50%) leur a été attribué afin d'obtenir un résultat final sur 100. Un score élevé indique un haut niveau de qualité de vie.

La qualité de vie a aussi été mesurée via l'Indice de la qualité de vie (*Quality of Life Index* ; Ferrans & Powers, 1985). Cet instrument comprend quatre catégories (annexe 6 ; 1) santé et fonctionnement, 2) socio-économique, 3) psychologique/spirituelle, 4) familiale. La mesure est effectuée en deux sections : les questions portent d'abord sur la satisfaction de la personne dans les différents domaines de la vie et ensuite sur l'importance attribuée à chacun de ces domaines pour la personne. La deuxième section permet donc d'ajuster selon le degré d'importance, c'est-à-dire le poids de chaque domaine de la vie. Chaque section comprend 32 items qui se répondent à l'aide de deux échelles de Likert à six niveaux, allant de « vraiment insatisfait » à « vraiment satisfait » ou de « pas important » à « très important ». Pour obtenir le score total, on additionne 15 points à la moyenne des scores ajustés par le degré d'importance. L'ajustement par degré d'importance se fait en soustrayant 3,5 au score de la satisfaction, qui est ensuite multiplié

par le score de l'importance de l'item en question. Le score maximal est de 30, plus il est élevé, meilleure est la qualité de vie.

Les qualités métrologiques de l'Indice de la qualité de vie ont été étudiées chez un groupe d'étudiants et chez des patients en dialyse. La validité de contenu est appuyée par la conception de l'instrument en lien avec la recension des écrits sur la qualité de vie. Pour sa part, la validité de critère concomitante a été vérifiée en utilisant une question sur la satisfaction envers la vie en général (0,65 à 0,75). La fidélité test-retest varie de 0,81 à 0,87 selon le groupe, et le coefficient alpha de Cronbach de 0,90 à 0,93 démontre une bonne cohérence interne.

L'environnement

La Mesure de la qualité de l'environnement (MQE, version 2.0; Fougereyrollas, Noreau, St-Michel & Boschen, 1999) a pour objectif d'évaluer l'influence de l'environnement physique et social sur la réalisation des habitudes de vie d'une personne en relation avec ses capacités et ses limites. L'instrument comporte 109 items répartis sur six catégories : 1) le soutien et l'attitude de l'entourage, 2) les revenus, l'emploi et la sécurité du revenu, 3) les services publics et gouvernementaux, 4) l'environnement physique et l'accessibilité, 5) la technologie et 6) l'égalité des chances et les orientations politiques (annexe 7). Une échelle à 7 niveaux permet à la personne d'identifier le facteur comme étant facilitant (+3, +2, +1), neutre (0) ou obstacle (-1, -2, -3). L'échelle donne deux scores : un score « facilitant » et un score « obstacle ».

Deux façons de comptabiliser les résultats de ces deux scores existent : une version somme et une version moyenne (Rochette & Desrosiers, 2000). La version somme « facilitant » consiste en l'addition des scores supérieurs à 0, tandis que pour la version somme « obstacle », on additionne la valeur absolue des scores des items dont la cote est inférieure à 0. Plus le score obtenu est élevé, plus l'environnement comprend un grand nombre de « facilitants » ou d'« obstacles », ou plus le poids (mineur, modéré ou majeur) attribué aux items est grand. La version moyenne « facilitant » consiste, quant à elle, à la moyenne des scores des items ayant reçu une cote supérieure à 0, tandis que pour la version moyenne « obstacle », on fait la moyenne de la valeur absolue des scores des items dont la cote est inférieure à 0. Le score varie entre 1 et 3. Un score élevé signifie que l'environnement est un « facilitant » ou un « obstacle » majeur.

L'instrument étant relativement jeune, les qualités métrologiques ont été peu étudiées. Ayant été validé par un groupe d'experts, cet instrument est de plus en plus utilisé en recherche et en clinique. La fidélité test-retest a seulement été étudiée chez de jeunes adultes atteints de paralysie cérébrale. Le recrutement a été effectué auprès de personnes francophones du Québec et anglophones de l'Ontario. Les coefficients kappa indiquent une fidélité modérée à élevée pour 57% des items (Boshen, Noreau & Fougereyrollas et al., 1998). Une étude de fidélité test-retest et interjuges de l'outil est actuellement en cours auprès de personnes âgées en perte d'autonomie de Sherbrooke et de Québec.

Les habitudes de vie

La Mesure des habitudes de vie (MHAVIE abrégée, version 3.0; Fougeyrollas & Noreau, 1998) a pour objectif d'établir de façon quantitative le degré de réalisation des activités quotidiennes et domestiques et des rôles sociaux (habitudes de vie). Elle recueille aussi le niveau de satisfaction de la personne face à la réalisation de ses habitudes de vie. La version abrégée utilisée pour cette étude comprend 58 items. Ces items sont répartis à travers 13 catégories : la nutrition, la condition corporelle, les soins personnels, la communication, l'habitation, les déplacements, les responsabilités, les relations familiales, les relations interpersonnelles, la communauté, l'éducation, le travail et les loisirs (annexe 8). L'échelle de cotation de la version « réalisation » varie de la « non réalisation de l'activité » (0) à la « réalisation complète sans difficulté et sans aide technique ou humaine » (9). La version « satisfaction », quant à elle, comprend cinq niveaux, de « très insatisfait » (1) à « très satisfait » (5). Un score moyen est obtenu pour chacune des sections séparément. Il varie donc de 0 à 9 pour la version « réalisation » et de 1 à 5 pour la version « satisfaction ».

Les qualités métrologiques de la version « réalisation » ont été étudiées auprès d'adultes blessés médullaires : fidélité test-retest de 0,84 et consistance interne de 0,82. La validité de contenu est assurée par le développement de l'instrument en étroite collaboration avec un groupe d'experts. D'autres études de validation sont présentement en cours, dont une auprès de personnes âgées en perte d'autonomie et une autre, incluant la version « satisfaction », auprès d'une clientèle pédiatrique.

VI. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon qui a été déterminée *a priori* est basée sur l'hypothèse 1, qui constitue l'hypothèse principale de l'étude. Cette hypothèse vise à établir si la qualité de vie est positivement et significativement associée à l'environnement et au niveau de handicap dans les habitudes de vie. Une corrélation significative égale ou supérieure à 0,40 a été jugée *a priori* nécessaire pour identifier une relation réelle. Basée sur une erreur de première espèce de 0,05 et une puissance de 80% (test bilatéral), une taille de 46 participants est nécessaire (Machin, Campbell, Fayers & Pinol, 1997).

VII. Analyses statistiques

L'échantillon est d'abord décrit à l'aide de moyennes et d'écart types ou de fréquences et pourcentages, selon le type de variables (continues ou catégoriques respectivement). Une comparaison entre les personnes ayant accepté et celles ayant refusé de participer à l'étude a été réalisée à l'aide du test de Mann-Whitney (variables continues) et du test exact de Fisher (variables catégoriques). Ensuite, étant donné la distribution non normale des données, le coefficient de corrélation de Spearman a été utilisé pour détecter l'association entre, d'une part, la qualité de vie et, d'autre part, l'environnement et le niveau de handicap dans les habitudes de vie (hypothèse 1). Les corrélations ont été réalisées à la fois entre les scores globaux et entre les catégories des instruments utilisés. Afin d'éviter une erreur de première espèce en raison des multiples corrélations réalisées, le seuil de signification a été abaissé à 0,01 pour les corrélations réalisées entre les catégories des instruments. Le Rhô de Spearman (variables continues) et le test de Kruskal-Wallis (variables catégoriques) ont aussi permis de détecter des corrélations entre les variables sociodémographiques et cliniques et la qualité de vie,

l'environnement et les habitudes de vie. Le test d'égalité de deux corrélations (transformation de Fisher) a été utilisé pour vérifier si la relation entre la qualité de vie et l'environnement chez les personnes âgées présentant des incapacités fonctionnelles modérées à sévères est plus grande que celle chez les personnes ayant des incapacités légères (hypothèse 2).

CHAPITRE 5

RÉSULTATS

Le présent chapitre vise tout d'abord à décrire les participants à l'étude. Leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques sont ensuite comparées avec celles des personnes qui ont refusé de participer à l'étude. Les résultats des participants aux instruments de qualité de vie, de l'environnement et des habitudes de vie sont détaillés. Finalement, les relations entre les variables principales et les différentes sous-catégories des instruments de mesure sont présentées.

1. Description de l'échantillon

Le recrutement des participants a eu lieu jusqu'à ce que la taille souhaitée, c'est-à-dire 46, soit atteinte. Au total, 88 personnes ont été approchées pour participer à l'étude (figure 12). Trente-et-une ne répondaient pas aux critères d'inclusion, dont 23 aux fonctions cognitives (MMSE < 25^e centile selon l'âge et la scolarité) et 8 à l'autonomie fonctionnelle (SMAF < 5). Cinquante-sept personnes admissibles ont donc été sollicitées pour participer à l'étude et 11 ont refusé.

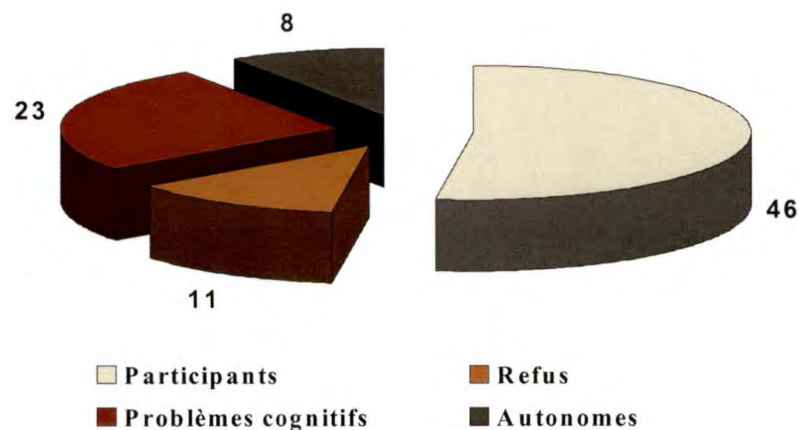


Figure 12. Participation à l'étude

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants à l'étude. Les participants, autant d'hommes que de femmes, ont entre 60 et 90 ans. Les résultats du SMAF indiquent une bonne étendue des scores (entre 5 et 44), c'est-à-dire la présence d'incapacités fonctionnelles variant de légères à sévères, avec une cote moyenne modérée. La majorité des participants s'expriment en français. La moitié de ceux-ci sont mariés et près de 35% sont propriétaires de leur demeure tandis que 41% en sont locataires. Environ 30% vivent seuls et un peu moins de 75% ont une scolarité inférieure à 11 ans. Seulement 25% des participants ont un revenu familial annuel supérieur à 25 000\$ et plus de 75% se déclarent satisfaits de leur revenu. Plus de la moitié des problèmes de santé sont de nature orthopédique et plus du tiers estiment leur santé comme étant bonne ou excellente. Finalement, près de 70% des participants ont vécu dernièrement un événement bouleversant (maladie personnelle, décès d'un proche. etc.) et la majorité présentent des incapacités fonctionnelles depuis plus de six mois.

2. Comparaison entre les participants et les refus

Tel que mentionné plus haut, sur les 57 personnes admissibles, 11 ont refusé, dont huit provenant des personnes recrutées à l'Hôpital de jour. Le taux de refus (19%) est acceptable. Le tableau 1 indique que la variable « auto-perception de la santé » est la seule significativement différente entre les participants et les refus. En effet, les personnes qui ont refusé de participer se percevaient en meilleure santé. Outre cette caractéristique, les participants semblent bien représenter la population ciblée.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants (n=46) et des refus (n=11)

<u>Variables continues</u>	<u>Participants</u>	<u>Refus</u>	<u>Valeur p^I</u>
Âge (ans)	77,0 (6,9)*	76,0 (6,6)	0,58
Fonctions cognitives (MMSE; /30)	28,1 (1,2)	27,9 (1,4) (n=8)	0,90
Autonomie fonctionnelle (SMAF; /87)	19,6 (10,8)	19,5 (10,4) (n=10)	0,57
<u>Variables catégoriques</u>	<u>Participants</u>	<u>Refus</u>	<u>Valeur p^{II}</u>
Sexe :			
- femme	23 (50)**	6 (54,5)	1,00
- homme	23 (50)	5 (45,5)	
Langue :			
- français	44 (95,7)	10 (90,9)	0,48
- anglais	2 (4,3)	1 (9,1)	
Résidence :			
- Propriétaire	16 (34,8)	5 (45,5)	0,80
- Locataire	19 (41,3)	3 (27,3)	
- Résidence d'accueil	8 (17,4)	3 (27,3)	
- Communauté religieuse	3 (6,5)	0	
Statut civil :			
- Marié(e)/union libre	23 (50)	7 (63,6)	0,75
- Veuf(ve)	15 (32,6)	4 (36,4)	
- Célibataire	5 (10,9)	0	
- Divorcé(e)/Séparé(e)	3 (6,5)	0	
Situation de vie :			
- Seul	14 (30,4)	1 (9,1)	0,40
- En couple	19 (41,3)	7 (63,6)	
- Avec membre de la famille	3 (6,5)	0	
- Autre	10 (21,7)	3 (27,3)	
Scolarité :			
- Primaire (1 à 6 ans)	12 (26,1)	1 (9,1)	0,72
- Secondaire (7 à 11 ans)	22 (47,8)	7 (63,6)	
- Collégial (12-14 ans)	7 (15,2)	2 (18,2)	
- Baccalauréat (15-16 ans)	3 (6,5)	0	
- Maîtrise/Doctorat (> 17 ans)	2 (4,3)	0	
- Données manquantes		1 (9,1)	

^I Test de Mann-Whitney

^{II} Test exact de Fisher

* Moyenne (écart type)

** Fréquence (pourcentage)

...

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants (n=46) et des refus (n=11) (suite et fin)

<u>Variables catégoriques</u>	<u>Participants</u>	<u>Refus</u>	<u>Valeur p^{II}</u>
Revenu du ménage :			
- < 10 000	2 (4,3) **	0	0,09
- 10 001-15 000	16 (34,8)	0	
- 15 001-20 000	7 (15,2)	1 (9,1)	
- 20 001-25 000	6 (13,0)	3 (27,3)	
- 25 001-40 000	8 (17,4)	4 (36,4)	
- > 40 001	5 (10,9)	0	
- Données manquantes	2 (4,3)	3 (27,3)	
Satisfaction envers les revenus :			
- Très satisfait	6 (13,0)	1 (9,1)	0,91
- Satisfait	29 (63,0)	8 (72,7)	
- Insatisfait	9 (19,6)	1 (9,1)	
- Très insatisfait	2 (4,3)	0	
- Données manquantes		1 (9,1)	
Diagnostic :			
- Orthopédique	26 (56,5)	9 (81,8)	0,38
- Neurologique	14 (30,4)	1 (9,1)	
- Médical	6 (13,0)	1 (9,1)	
Auto-perception de l'état de santé :			
- Excellente	1 (2,2)	1 (9,1)	<u>0,03</u>
- Bonne	16 (34,8)	7 (63,6)	
- Passable	25 (54,3)	1 (9,1)	
- Mauvaise	4 (8,7)	1 (9,1)	
- Données manquantes		1 (9,1)	
Auto-perception de l'humeur :			
- Déprimé	15 (32,6)	2 (18,2)	0,71
- Pas déprimé	31 (67,4)	8 (72,7)	
- Données manquantes		1 (9,1)	
Événement bouleversant survenu récemment :			
- Oui	31 (68,9)	8 (72,7)	0,71
- Non	14 (31,1)	2 (18,2)	
- Données manquantes		1 (9,1)	
Durée des incapacités fonctionnelles :			
- < 6 mois	10 (21,7)	3 (27,3)	0,38
- 6 mois à 1 an	12 (26,1)	2 (18,2)	
- 1 an à 3 ans	11 (23,9)	1 (9,1)	
- > 3 ans	13 (28,3)	0	
- Données manquantes		5 (45,5)	

^{II} Test exact de Fisher

** Fréquence (pourcentage)

3. Résultats des variables principales à l'étude

Les résultats obtenus aux instruments de mesure principaux sont présentés dans le tableau 2. Selon la classification suggérée par Dupuy (1978), la variable « bien-être » indique que les participants présentent un niveau de détresse modérée. L'étendue traduit que certains participants sont en détresse sévère alors que d'autres sont à un niveau de bien-être positif. Le score combiné de ces deux instruments est près de 65% et la variabilité intersujets est acceptable. Les données obtenues à l'Indice de la qualité de vie signifient que les participants ont, en moyenne, une qualité de vie satisfaisante. Toutefois,

Tableau 2. Résultats des instruments de mesure principaux (n=46)

<u>Variables continues</u>	<u>Moyenne</u> <u>(écart type)</u>	<u>Étendue</u>	<u>Médiane</u>
1-Qualité de vie			
• Satisfaction envers la vie (<i>Satisfaction With Life Scale</i> ; /35)	24,2 (5,8)	10-35	26
• Bien-être (<i>General Well-Being Schedule</i> ; /110)	65,8 (15,4)	19-100	66,5
• Qualité de vie (combinaison des échelles de satisfaction de vie et de bien-être; /100)	64,9 (12,9)	37,4-86,9	65,7
• Qualité de vie (<i>Quality of Life Index</i> ; /30)	20,4 (2,6)	14,3-25,4	20,5
2-Environnement			
• Qualité de l'environnement « facilitant » (Mesure de la qualité de l'environnement) :			
- Version somme	126,8 (20,4)	93-185	126,5
- Version moyenne (/3)	2,1 (0,3)	1,6-2,7	2,1
• Qualité de l'environnement « obstacle » (Mesure de la qualité de l'environnement) :			
- Version somme	22,4 (10,0)	4-48	22,5
- Version moyenne (/3)	1,7 (0,4)	1,0-2,5	1,7
3-Habitudes de vie			
• Niveau de réalisation des habitudes de vie (Mesure des habitudes de vie; /9)	5,9 (1,2)	3,6-8,1	6,1
• Niveau de satisfaction envers les habitudes de vie (Mesure des habitudes de vie; /5)	3,6 (0,4)	2,6-4,3	3,7

la variabilité intersujets est faible (écart type : 2,6). L'étendue des données indique que certains participants sont globalement insatisfaits alors que d'autres sont satisfaits. L'aspect « *Familial* » de la qualité de vie mesuré à l'aide de l'Indice de la qualité de vie est généralement le plus satisfaisant (tableau 3). L'opinion est toutefois partagée puisque l'étendue de cette catégorie est large, allant d'insatisfait à très satisfait. À l'opposé, la catégorie « *Santé et fonctionnement* » est l'aspect qui satisfait le moins les participants de l'étude.

Tableau 3. Résultats des catégories de l'Indice de la qualité de vie (n=46)

<u>Catégories</u>	<u>Moyenne (écart type)</u>	<u>Étendue</u>
Santé et fonctionnement (/30)	17,8 (3,5)	10-24
Socio-économique (/30)	21,1 (2,9)	13,9-26,5
Psychologique/Spiritualité (/30)	22,0 (3,4)	13,6-28,4
Familial (/30)	23,3 (4,4)	3-30
Score total (/30)	20,4 (2,6)	14,3-25,4

Les résultats de la version somme de la MQE illustrent bien que l'environnement est généralement plus « facilitant » qu'« obstacle » pour les participants (tableau 4). En moyenne, 127 items de l'environnement, comparativement à 22, contribuent positivement à la réalisation des habitudes de vie des participants. La section « *Technologie* » comprend le plus d'items facilitants, tandis que la section « *Environnement physique et accessibilité* » renferme le plus d'obstacles. Les résultats de la version moyenne démontrent un tout autre aspect de l'environnement. Globalement, l'influence exercée par les facteurs identifiés « facilitants » est supérieure à celle des facteurs représentant des

« obstacles ». Cette différence, statistiquement significative, est confirmée par le test des rangs signés de Wilcoxon ($p < 0,001$). La « *Technologie* » est la section qui exerce la plus grande influence à la fois positive et négative.

Tableau 4. Résultats des catégories de la Mesure de la qualité de l'environnement (n=46)

<u>Catégories</u>	<u>« Facilitant »</u>	<u>« Obstacle »</u>
Soutien et attitudes de l'entourage :		
- Version somme	20,7 (4,8); 10-30*	0,9 (2,1); 0-10
- Version moyenne (/3)	2,0 (0,4); 1,3-2,7	1,7 (0,8); 1-3
Revenus, emploi et sécurité du revenu :		
- Version somme	12,4 (3,4); 5-19	0,5 (1,5); 0-9
- Version moyenne (/3)	2,2 (0,4); 1-3	1,7 (0,8); 1-3
Services publics et gouvernementaux :		
- Version somme	26,7, (6,1); 17-42	0,4 (1,1); 0-6
- Version moyenne (/3)	2,2 (0,4); 1,5-2,9	1,5 (0,5); 1-2
Environnement physique et accessibilité :		
- Version somme	27,1 (8,5); 14-44	15,8 (8,4); 0-35
- Version moyenne (/3)	1,9 (0,4); 1,2-2,6	1,7 (0,4); 1-2,5
Technologie :		
- Version somme	28,6 (5,0); 16-39	3,2 (2,1); 0-9
- Version moyenne (/3)	2,3 (0,4); 1,5-2,8	1,9 (0,7); 1-3
Égalité des chances et orientations politiques :		
- Version somme	11,4 (5,0); 3-23	1,7 (2,4); 0-9
- Version moyenne (/3)	1,7 (0,5); 1-3	1,5 (0,7); 1-3
Score total :		
- Version somme	126,8 (20,4); 93-185	22,4 (10,0); 4-48
- Version moyenne (/3)	2,1 (0,3); 1,6-2,7	1,7 (0,4); 1-2,5

* Moyenne (écart type); étendue

Le tableau 5 présente les résultats du niveau de réalisation des habitudes de vie par catégorie. Globalement, les habitudes de vie sont réalisées avec difficulté et aide technique (ou aménagement). Les résultats démontrent que les participants de l'étude ont un niveau de handicap supérieur lors de la réalisation de leurs loisirs et de leurs déplacements. Toutefois, ils participent optimalement dans leurs relations familiales et dans la réalisation de leurs responsabilités. La catégorie « *Éducation* » a été retirée du tableau puisqu'elle ne s'appliquait à aucun des participants. Il est aussi à noter qu'une seule personne a répondu à la catégorie « *Travail* », rendant donc l'interprétation de cette section hasardeuse.

Tableau 5. Résultats des catégories de la Mesure des habitudes de vie, version réalisation (n=46)

<u>Catégories</u>	<u>Moyenne (écart type)</u>	<u>Étendue</u>
Nutrition	6,1 (2,0)	1,7-9
Condition corporelle	6,3 (1,8)	3-9
Soins personnels	7,2 (1,6)	2,2-6
Communication	7,7 (1,2)	2,7-9
Habitation	5,2 (1,5)	1,8-7,7
Déplacements	4,3 (2,0)	1,3-8
Responsabilités	8,1 (0,8)	6-9
Relations familiales	8,7 (0,7)	6-9
Relations interpersonnelles	6,1 (1,2)	2,3-8,7
Communauté	5,0 (2,6)	1,1-9
Travail (n=1)	1,3 (3,1)	0-9
Loisirs	2,8 (2,4)	0-9
Score total	5,9 (1,2)	3,6-8,1

Tel qu'attendu, la satisfaction paraît moins élevée pour les catégories où les participants ont un niveau de handicap supérieur, c'est-à-dire la réalisation de leurs loisirs et de leurs déplacements, et paraît plus grande dans leurs relations familiales et l'accomplissement de leurs responsabilités (tableau 6). Il est toutefois intéressant de noter que la variabilité des scores de satisfaction envers les habitudes de vie est faible, diminuant ainsi les différences notables entre les sous-catégories. Les participants seraient donc, d'une façon équivalente, globalement satisfaits de leurs réalisations malgré la différence des niveaux de réalisations.

Tableau 6. Résultats des catégories de la Mesure des habitudes de vie, version satisfaction (n=46)

<u>Catégories</u>	<u>Moyenne (écart type)</u>	<u>Étendue</u>
Nutrition	3,7 (0,7)	2,5-5
Condition corporelle	3,6 (0,6)	2-5
Soins personnels	3,9 (0,5)	2-4,9
Communication	3,8 (0,4)	2,5-4,9
Habitation	3,4 (0,5)	2-4,1
Déplacements	3,1 (0,7)	1,3-4,3
Responsabilités	4,1 (0,5)	3-5
Relations familiales	4,1 (0,6)	2,7-5
Relations interpersonnelles	3,8 (0,4)	2,6-4,6
Communauté	3,6 (0,6)	2-4,7
Travail (n=1)	3,0 (0,9)	1-5
Loisirs	3,1 (0,7)	1,4-4
Score total	3,6 (0,4)	2,6-4,3

4. Relations entre les variables principales à l'étude

Afin de vérifier les hypothèses de recherche, des corrélations ont été réalisées entre les principales variables à l'étude. Il a été démontré que la qualité de vie n'est pas significativement reliée à l'environnement, ni à la réalisation des habitudes de vie (tableau 7). L'environnement et les habitudes de vie ne sont pas non plus reliés. L'absence de relation entre les scores globaux de la qualité de vie et de l'environnement facilitant est illustrée à la figure 13, tandis que l'absence de relation avec les habitudes de vie l'est à la figure 14. L'hypothèse 1 est donc rejetée.

Tableau 7. Corrélations entre les scores globaux des instruments de mesure (n=46)

	QdeV	QLI	MQE VS+	MQE VS-	MQE VM+	MQE VM-	MHAVIE- réalisation
QLI	<u>0,75</u> (0,00)*						
MQE VS+	-0,11 (0,47)	0,15 (0,31)					
MQE VS-	0,16 (0,30)	0,13 (0,40)					
MQE VM+	-0,16 (0,30)	0,05 (0,72)					
MQE VM-	0,08 (0,59)	0,15 (0,31)					
MHAVIE- réalisation	0,16 (0,29)	0,23 (0,12)	0,22 (0,14)	0,12 (0,45)	0,12 (0,41)	-0,39 (0,19)	
MHAVIE- satisfaction	<u>0,33</u> (0,03)	<u>0,49</u> (0,00)	0,09 (0,57)	-0,01 (0,95)	-0,02 (0,89)	-0,03 (0,83)	<u>0,70</u> (0,00)

* Rho de Spearman (valeur p)

Légende :

QdeV : Score combiné du SWLS et du GWB

QLI : Indice de la qualité de vie

MQE VS+/- : Mesure de la qualité de l'environnement version somme « facilitant »/ « obstacle »

MQE VM+/- : Mesure de la qualité de l'environnement version moyenne « facilitant »/ « obstacle »

MHAVIE : Mesure des habitudes de vie

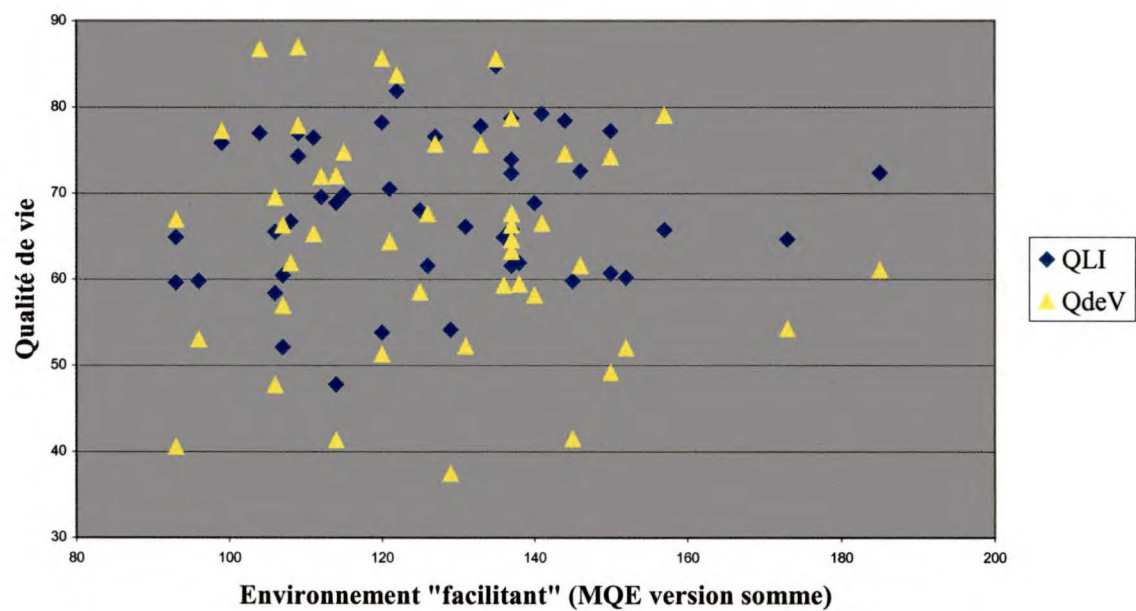


Figure 13. Relation entre la qualité de vie et l'environnement facilitant

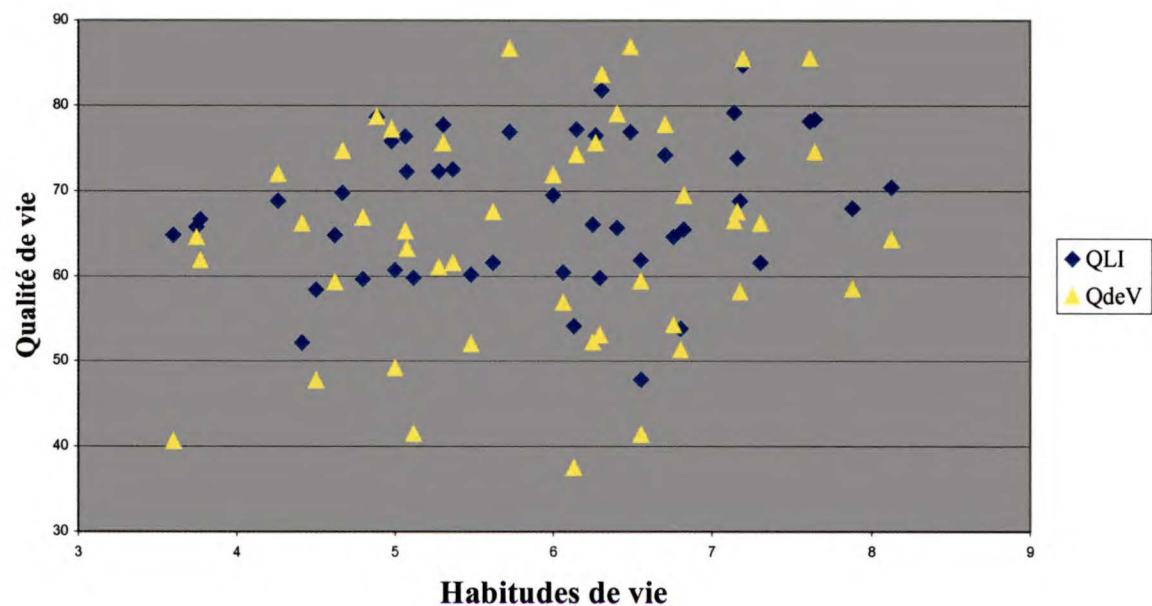


Figure 14. Relation entre la qualité de vie et la réalisation des habitudes de vie

Toutefois, la satisfaction envers les habitudes de vie est modérément associée à la qualité de vie, tel qu'illustrée à la figure 15. Une bonne qualité de vie est donc reliée à une bonne satisfaction envers sa performance dans la réalisation de ses habitudes de vie. La direction de cette relation ne peut cependant être identifiée par le dispositif utilisé pour réaliser cette étude.

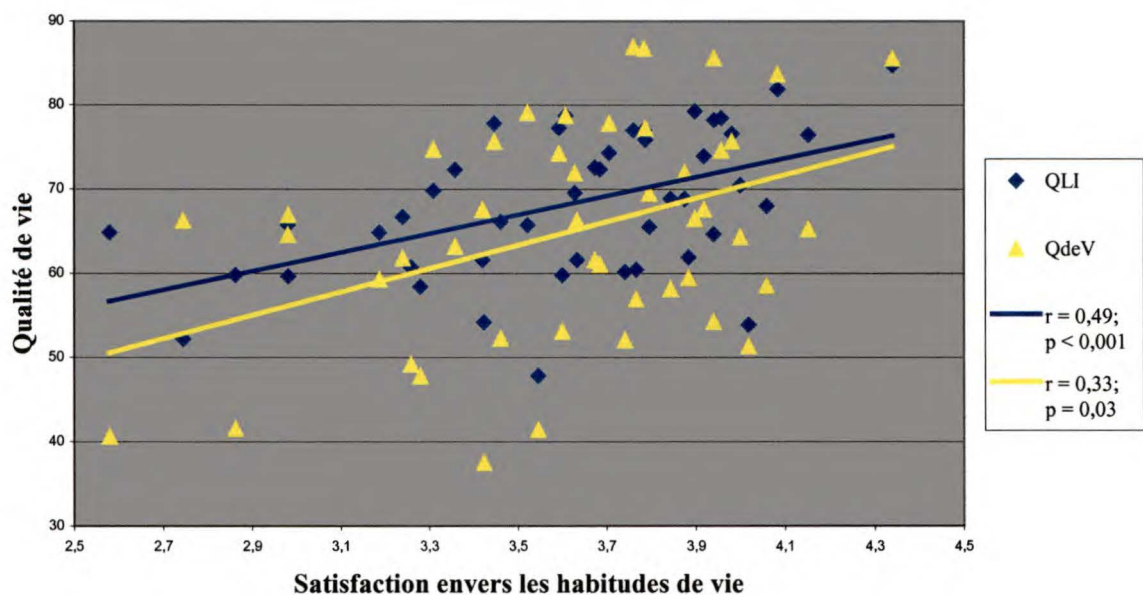


Figure 15. Relation entre la qualité de vie et la satisfaction envers les habitudes de vie

Les différents instruments de mesure de la qualité de vie sont positivement et significativement corrélés entre eux. L'Indice de la qualité de vie est plus associé au score combiné des échelles de satisfaction de la vie et de bien-être général ($r = 0,75$; $p < 0,001$) qu'à chacun des instruments séparément ($r = 0,64$; $p < 0,001$ et $r = 0,60$; $p < 0,001$ respectivement).

Les relations entre les différentes composantes de la qualité de vie, de l'environnement et des habitudes de vie ont aussi été calculées. Pour ce faire, le seuil de signification a été abaissé à 0,01. Les corrélations des composantes de la qualité de vie et des catégories de l'environnement sont d'abord présentées dans le tableau 8. Aucune corrélation significative n'a été trouvée entre les catégories de la version somme de la MQE et l'Échelle de satisfaction envers la vie, l'Échelle de bien-être général ainsi que le score combiné de ces deux instruments. Toutefois, des relations ont été trouvées entre l'environnement et une catégorie de l'Indice de la qualité de vie. Ainsi, tel qu'illustrée à la figure 16, une relation a été notée entre l'environnement global et l'aspect « *Socio-économique* » de la qualité de vie. Le fait d'avoir un environnement global facilitant est donc associé à une bonne qualité de vie reliée aux conditions socio-économiques. De plus, la composante « *Soutien et attitudes de l'entourage* » de l'environnement facilitant est reliée à l'aspect « *Socio-économique* » de la qualité de vie (figure 17). Un réseau social aidant est donc partiellement associé à une qualité de vie supérieure.

Les composantes « *Soutien et attitudes de l'entourage* » de l'environnement facilitant et obstacle sont toutes deux positivement reliées à l'aspect « *Socio-économique* » de la qualité de vie. Malgré que le fait que la catégorie « *Environnement physique et accessibilité* » soit une des sections de l'environnement où l'on retrouve le plus d'obstacles, aucune relation n'a été démontrée avec la qualité de vie.

**Tableau 8. Relations entre les composantes de la qualité de vie et les versions
sommes des catégories de la Mesure de la qualité de l'environnement
(n=46)**

<u>Catégories</u>	QLI (santé)	QLI (socio- économique)	QLI (psychologique)	QLI (familial)	QLI total
MQE 1 :					
«Facilitant»	0,05 (0,76)*	<u>0,40 (0,01)</u>	0,25 (0,09)	0,15 (0,33)	0,25(0,10)
«Obstacle»	0,03 (0,84)	<u>0,36 (0,01)</u>	0,22 (0,15)	0,33 (0,03)	0,28 (0,06)
MQE 2 :					
«Facilitant»	0,08 (0,62)	0,16 (0,30)	0,13 (0,38)	-0,01 (0,96)	0,13 (0,40)
«Obstacle»	0,10 (0,53)	-0,04 (0,81)	0,07 (0,66)	-0,05 (0,73)	0,03 (0,85)
MQE 3 :					
«Facilitant»	-0,04 (0,78)	0,17 (0,26)	0,03 (0,87)	0,01 (0,96)	0,07 (0,66)
«Obstacle»	0,11 (0,44)	0,091 (0,55)	0,15 (0,33)	-0,07 (0,65)	0,12 (0,42)
MQE 4 :					
«Facilitant»	0,13 (0,40)	0,28 (0,06)	0,08 (0,59)	0,02 (0,89)	0,12 (0,30)
«Obstacle»	0,14 (0,34)	0,03 (0,84)	-0,19 (0,22)	0,06 (0,70)	0,07 (0,65)
MQE 5 :					
«Facilitant»	-0,05 (0,74)	0,15 (0,31)	0,11 (0,47)	0,12 (0,43)	0,07 (0,64)
«Obstacle»	0,14 (0,36)	-0,12 (0,41)	-0,21 (0,16)	0,07 (0,66)	0,04 (0,78)
MQE 6 :					
«Facilitant»	-0,08 (0,60)	0,05 (0,75)	0,04 (0,79)	-0,14 (0,36)	-0,06 (0,69)
«Obstacle»	0,10 (0,53)	-0,05 (0,76)	0,03 (0,82)	-0,27 (0,07)	-0,01 (0,95)
MQE total :					
«Facilitant»	0,02 (0,91)	<u>0,34 (0,02)</u>	0,12 (0,43)	0,05 (0,75)	0,15 (0,31)
«Obstacle»	0,18 (0,23)	0,04 (0,81)	-0,10 (0,50)	0,06 (0,70)	0,13 (0,40)

* Rhô de Spearman (valeur p associée)

Légende :

MQE 1 : Soutien et attitudes de l'entourage
MQE 3 : Services publics et gouvernementaux
MQE 5 : Technologie

MQE 2 : Revenus, emploi et sécurité du revenu
MQE 4 : Environnement physique et accessibilité
MQE 6 : Égalité des chances et orientations politiques

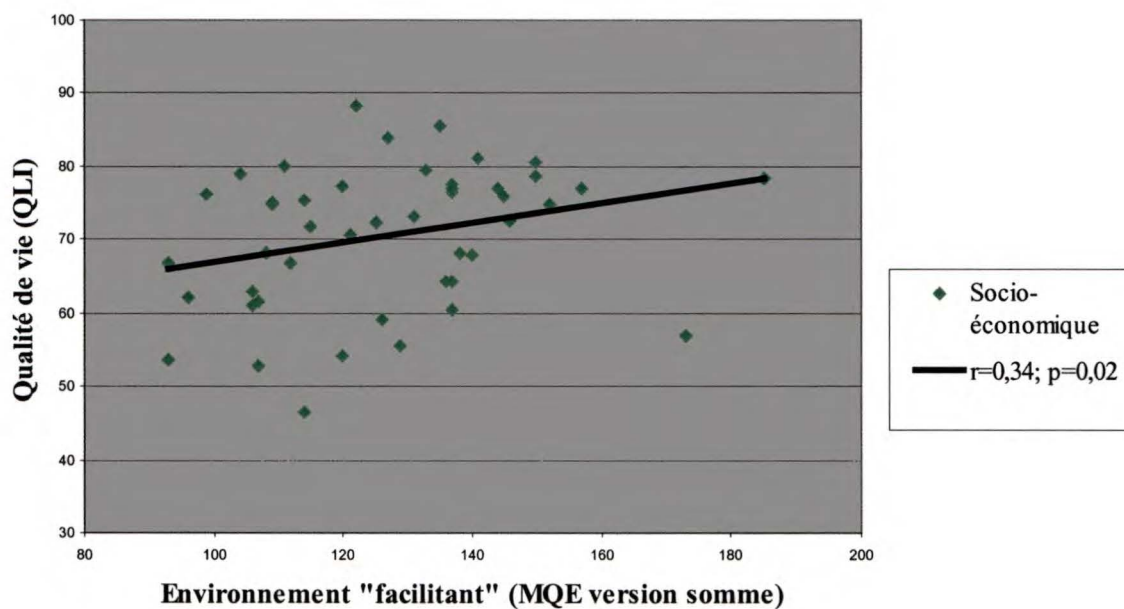


Figure 16. Relation entre l'aspect « *Socio-économique* » de la qualité de vie et l'environnement facilitant

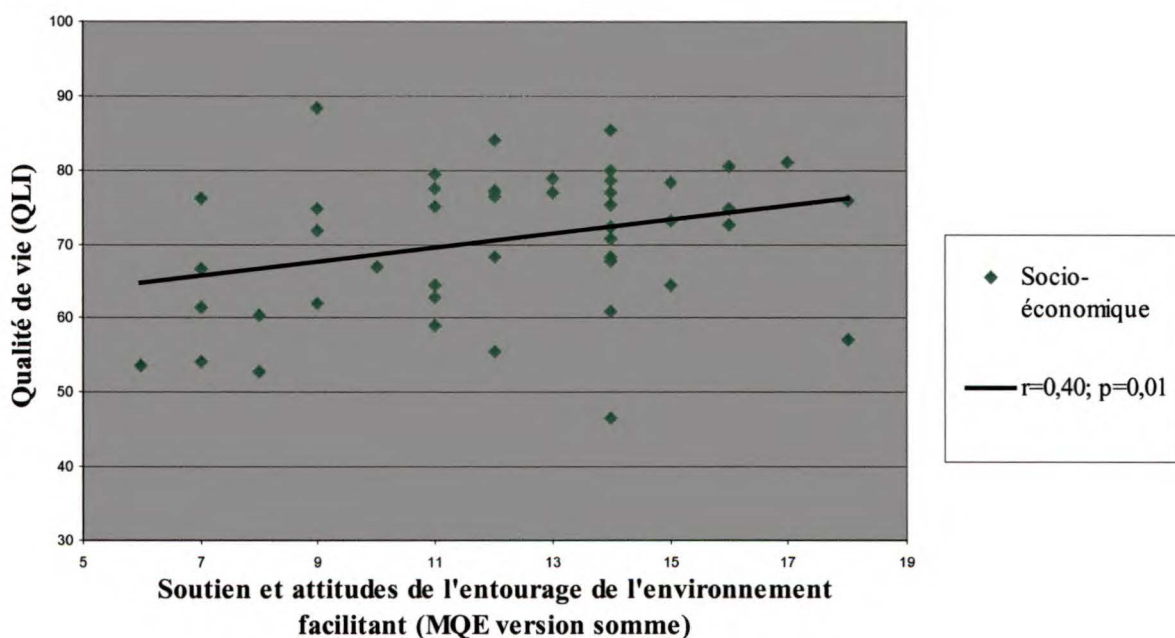


Figure 17. Relation entre l'aspect « *Socio-économique* » de la qualité de vie et la composante « *Soutien et attitudes de l'entourage* » de l'environnement facilitant

Les corrélations entre les composantes de la qualité de vie et les catégories du niveau de réalisation des habitudes de vie sont présentées au tableau 9. La relation entre le niveau de réalisation globale des habitudes de vie et l'aspect « *Santé et fonctionnement* » de la qualité de vie est illustrée à la figure 18. En effet, les participants les plus autonomes ont une meilleure qualité de vie reliée à la santé et au fonctionnement. Aucune relation n'a été démontrée entre les échelles de satisfaction envers la vie et de bien-être général et la version « réalisation » de la MHAVIE.

Les résultats démontrent aussi que la qualité de vie globale est positivement reliée à la capacité de réaliser ses « *Relations interpersonnelles* ». Cette relation est significative pour les deux mesures de la qualité de vie. La représentation graphique de cette relation (figure 19) met toutefois en relief la présence de deux sujets ayant des données marginales. Les corrélations ont par conséquent été recalculées en omettant ces deux sujets, ce qui a eu pour effet de diminuer la corrélation de 0,02. La catégorie « *Relations interpersonnelles* » est associée à la sous-catégorie « *Socio-économique* » de la qualité de vie. Finalement, la qualité de vie globale est associée à la capacité de prendre ses « *Responsabilités* », tel qu'illustré à la figure 19. Ainsi, un résultat élevé à l'Indice de la qualité de vie est relié à une bonne capacité de planifier son budget, respecter ses obligations financières, assumer ses responsabilités envers autrui et la société de même que ses responsabilités personnelles et familiales.

Tableau 9. Relations entre les composantes de la qualité de vie et les catégories de la Mesure des habitudes de vie, version réalisation (n=46)

<u>Catégories</u>	SWLS	GWB	QdeV	QLI 1	QLI 2	QLI 3	QLI 4	QLI
Nutrition	0,15 (0,32)*	0,16 (0,29)	0,22 (0,14)	0,13 (0,40)	0,17 (0,26)	0,05 (0,73)	0,10 (0,51)	0,15 (0,32)
Condition corporelle	0,22 (0,14)	0,26 (0,08)	0,23 (0,12)	0,28 (0,06)	0,16 (0,28)	0,29 (0,05)	-0,12 (0,42)	0,26 (0,09)
Soins personnels	0,09 (0,57)	0,27 (0,08)	0,19 (0,20)	0,25 (0,09)	0,06 (0,72)	0,00 (0,99)	0,08 (0,62)	0,18 (0,25)
Communication	0,15 (0,31)	0,19 (0,20)	0,17 (0,25)	0,20 (0,19)	0,10 (0,52)	0,06 (0,70)	-0,03 (0,83)	0,16 (0,28)
Habitation	-0,01 (0,93)	0,200 (0,19)	0,05 (0,73)	0,23 (0,13)	-0,05 (0,76)	-0,01 (0,94)	-0,16 (0,29)	0,07 (0,66)
Déplacements	-0,12 (0,43)	0,08 (0,62)	-0,05 (0,73)	0,14 (0,36)	-0,15 (0,32)	-0,07 (0,65)	-0,08 (0,59)	-0,00 (1,00)
Responsabilités	0,09 (0,54)	0,30 (0,05)	0,20 (0,19)	0,24 (0,11)	0,26 (0,08)	0,19 (0,20)	0,15 (0,33)	<u>0,32</u> <u>(0,03)</u>
Relations familiales	-0,10 (0,52)	0,04 (0,78)	-0,03 (0,86)	0,02 (0,92)	0,10 (0,51)	0,01 (0,96)	-0,00 (0,99)	0,06 (0,69)
Relations interpersonnelles	0,28 (0,06)	0,35 (0,02)	<u>0,33</u> <u>(0,02)</u>	0,33 (0,03)	<u>0,46</u> <u>(0,00)</u>	0,35 (0,02)	0,17 (0,26)	<u>0,43</u> <u>(0,00)</u>
Communauté	-0,00 (0,99)	0,19 (0,20)	0,07 (0,66)	0,24 (0,11)	0,10 (0,51)	0,07 (0,63)	-0,02 (0,90)	0,19 (0,22)
Travail (n=1)	-0,05 (0,77)	-0,24 (0,11)	-0,12 (0,41)	-0,04 (0,78)	-0,13 (0,40)	-0,09 (0,55)	-0,13 (0,38)	-0,04 (0,77)
Loisirs	0,03 (0,87)	0,25 (0,09)	0,16 (0,31)	0,30 (0,05)	0,10 (0,50)	0,09 (0,54)	-0,13 (0,37)	0,22 (0,15)
Score total	0,07 (0,67)	0,27 (0,07)	0,16 (0,29)	<u>0,33</u> <u>(0,03)</u>	0,12 (0,42)	0,08 (0,62)	-0,03 (0,86)	0,23 (0,12)

* Rhô de Spearman (valeur p)

Légende :

SWLS : Satisfaction With Life Scale

QdeV : Score combiné du SWLS et du GWB

QLI 1 : Santé et fonctionnement

QLI 3 : Psychologique/Spirituel

GWB : General Well-Being

QLI : Indice de la qualité de vie

QLI 2 : Socio-économique

QLI 4 : Familial

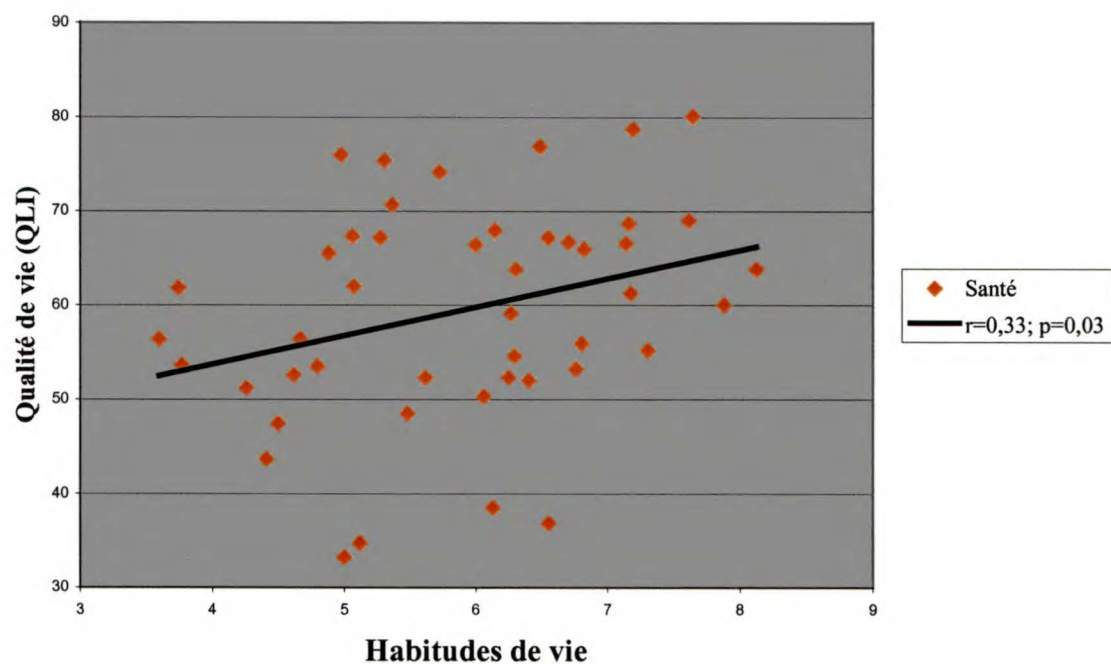


Figure 18. Relation entre l'aspect « *Santé et fonctionnement* » de la qualité de vie et les habitudes de vie

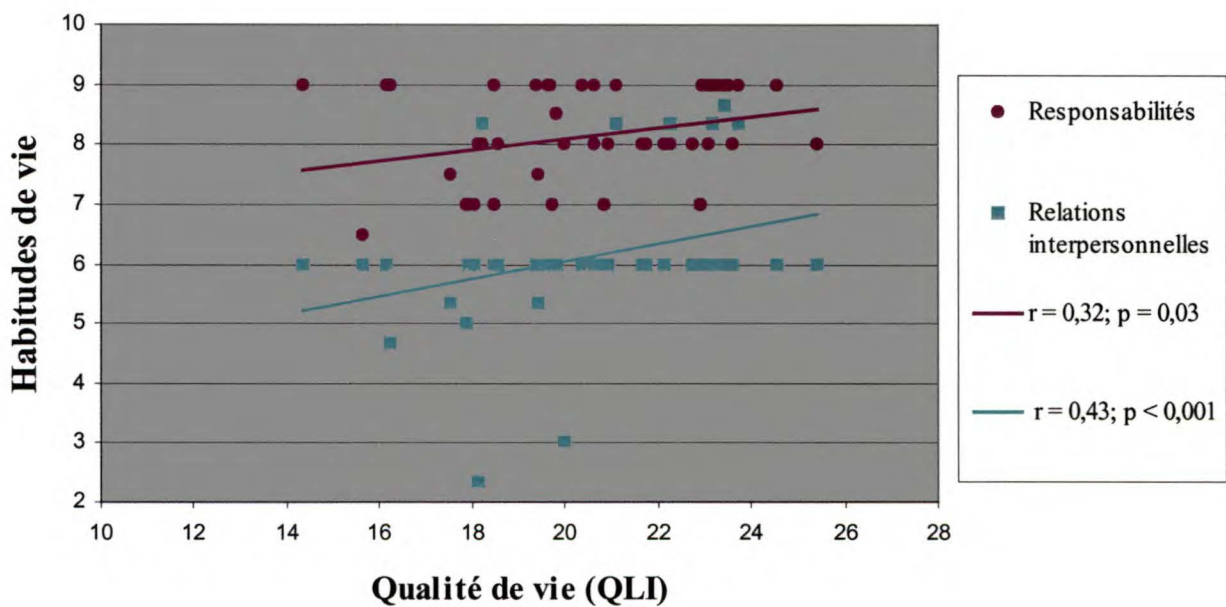


Figure 19. Relation entre la qualité de vie et les catégories « *Responsabilités* » et « *Relations interpersonnelles* » de la réalisation des habitudes de vie

De façon plus spécifique, on remarque que les catégories « *Psychologiques/Spirituel* » et « *Familial* » de l'Indice de la qualité de vie sont reliées à aucun des aspects de la version « réalisation » de la MHAVIE. De plus, la réalisation des catégories « *Nutrition* », « *Condition corporelle* », « *Soins personnels* », « *Communication* », « *Habitation* », « *Déplacements* », « *Communauté* » et « *Loisirs* » des habitudes de vie n'a pas de lien avec l'un ou l'autre des aspects de la qualité de vie.

Tel que décrit précédemment, la satisfaction envers la réalisation des habitudes de vie est reliée à la qualité de vie. On peut observer que certaines catégories des habitudes de vie sont plus associées que d'autres à la qualité de vie (tableau 10). D'abord, la satisfaction envers l'activité « *Nutrition* » est la plus reliée à la qualité de vie telle que mesurée à l'Indice de la qualité de vie. Ainsi, le fait d'être satisfait de sa capacité de choisir ses aliments, préparer et prendre ses repas est associé à une bonne qualité de vie. Il en est de même pour les catégories « *Condition corporelle* », « *Communauté* », « *Responsabilités* », « *Relations familiales* », « *Relations interpersonnelles* » et « *Soins personnels* ». On peut aussi remarquer l'absence de relation entre les divers aspects de la qualité de vie et les composantes « *Communication* », « *Habitation* » et « *Déplacement* ». De plus, l'Échelle de satisfaction envers la vie et l'aspect « *Familial* » de la qualité de vie ne sont pas reliés au score global ni aux catégories de la satisfaction envers la performance dans les habitudes de vie.

Tableau 10. Relations entre les composantes de la qualité de vie et les catégories de la Mesure des habitudes de vie, version satisfaction (n=46)

<u>Catégories</u>	SWLS	GWB	QdeV	QLI 1	QLI 2	QLI 3	QLI 4	QLI
Nutrition	0,34 (0,02)*	<u>0,39</u> (0,01)	<u>0,45</u> (0,00)	<u>0,54</u> (0,00)	<u>0,51</u> (0,00)	<u>0,37</u> (0,01)	0,17 (0,25)	<u>0,58</u> (0,00)
Condition corporelle	0,26 (0,08)	<u>0,46</u> (0,00)	<u>0,41</u> (0,01)	<u>0,39</u> (0,01)	<u>0,54</u> (0,00)	<u>0,58</u> (0,00)	0,16 (0,29)	<u>0,55</u> (0,00)
Soins personnels	0,17 (0,27)	<u>0,40</u> (0,01)	<u>0,29</u> (0,05)	<u>0,39</u> (0,01)	0,32 (0,03)	0,25 (0,09)	0,03 (0,87)	<u>0,38</u> (0,01)
Communication	0,11 (0,46)	0,25 (0,10)	0,17 (0,26)	0,17 (0,27)	0,20 (0,18)	0,22 (0,15)	0,03 (0,86)	0,26 (0,08)
Habitation	0,13 (0,39)	0,34 (0,02)	0,24 (0,11)	0,32 (0,03)	0,13 (0,39)	0,16 (0,29)	0,01 (0,97)	0,26 (0,08)
Déplacements	-0,10 (0,53)	0,10 (0,53)	-0,08 (0,60)	0,27 (0,07)	0,01 (0,95)	0,07 (0,66)	-0,18 (0,23)	0,14 (0,34)
Responsabilités	0,02 (0,87)	0,35 (0,02)	0,15 (0,32)	0,27 (0,07)	<u>0,52</u> (0,00)	0,26 (0,08)	0,18 (0,24)	<u>0,41</u> (0,01)
Relations familiales	0,20 (0,19)	0,10 (0,53)	0,14 (0,36)	0,12 (0,43)	<u>0,56</u> (0,00)	0,32 (0,03)	0,31 (0,04)	<u>0,37</u> (0,01)
Relations interpersonnelles	0,28 (0,07)	0,28 (0,07)	<u>0,34</u> (0,03)	0,20 (0,20)	<u>0,40</u> (0,01)	0,33 (0,03)	0,07 (0,67)	<u>0,36</u> (0,02)
Communauté	0,15 (0,32)	<u>0,37</u> (0,01)	0,23 (0,13)	<u>0,46</u> (0,00)	0,35 (0,02)	0,29 (0,05)	-0,01 (0,97)	<u>0,42</u> (0,00)
Travail (n=1)	0,06 (0,76)	0,17 (0,36)	0,21 (0,25)	0,23 (0,20)	-0,06 (0,76)	0,15 (0,41)	-0,23 (0,20)	0,15 (0,42)
Loisirs	0,13 (0,41)	0,31 (0,04)	0,20 (0,18)	<u>0,40</u> (0,01)	0,05 (0,74)	0,15 (0,34)	-0,22 (0,15)	0,20 (0,18)
Score total	0,24 (0,10)	<u>0,44</u> (0,00)	<u>0,33</u> (0,03)	<u>0,51</u> (0,00)	<u>0,39</u> (0,01)	<u>0,38</u> (0,01)	0,00 (1,00)	<u>0,49</u> (0,00)

* Rhô de Spearman (valeur p)

Légende :

SWLS : Satisfaction With Life Scale
QdeV : Score combiné du SWLS et du GWB
QLI 1 : Santé et fonctionnement
QLI 3 : Psychologique/Spirituel

GWB : General Well-Being
QLI : Indice de la qualité de vie
QLI 2 : Socio-économique
QLI 4 : Familial

Les relations entre les variables sociodémographiques et cliniques et la qualité de vie, l'environnement et les habitudes de vie ont finalement aussi été étudiées (tableau 11). L'âge, le sexe, la langue, le type de résidence, la situation de vie, la scolarité, les revenus, la satisfaction envers les revenus, la survenue d'un événement bouleversant et la durée depuis le début des incapacités fonctionnelles ne sont pas corrélés à la qualité de vie, à l'environnement ni aux habitudes de vie. Seul le diagnostic et l'auto-perception de la santé et de l'humeur sont reliées à la qualité de vie. Des problèmes de santé de nature orthopédique plutôt que neurologique ou médical et une bonne perception de son état de santé et de son humeur sont ainsi associés à une qualité de vie supérieure. De plus, les personnes mariées ont un niveau de handicap supérieur et sont moins satisfaites de la réalisation de leurs habitudes de vie. Finalement, les personnes qui vivent avec un membre de la famille ou seul et ont un problème de santé de nature orthopédique, participent plus activement à leurs activités de la vie quotidienne et domestique et leurs rôles sociaux.

L'environnement est, quant à lui, n'est pas associé à l'une ou l'autre des variables sociodémographiques et cliniques. La réalisation et la satisfaction envers les habitudes de vie sont reliées au statut civil et à l'autonomie fonctionnelle telle que mesurée par le SMAF. Plus spécifiquement, une meilleure participation sociale et une bonne satisfaction envers ses habitudes de vie sont associées à un niveau d'autonomie fonctionnelle élevé (score du SMAF près de 5). De plus, la réalisation des habitudes de vie est aussi reliée à la situation de vie et au diagnostic. Finalement, la satisfaction envers les habitudes de vie a un lien avec l'auto-perception de l'humeur.

Tableau 11. Corrélations entre des variables sociodémographiques et cliniques et la qualité de vie, l'environnement et les habitudes de vie (n=46)

	QdeV	QLI	MQE VS+	MQE VS-	MQE VM+	MQE VM-	MHAVIE- réalisation	MHAVIE- satisfaction
<u>Variables continues</u>								
<i>Âge</i>	-0,05 (0,73)*	-0,05 (0,74)	0,11 (0,48)	0,14 (0,34)	0,10 (0,51)-	0,13 (0,40)	-0,06 (0,69)	-0,16 (0,30)
<i>SMAF</i>	-0,10 (0,51)	-0,15 (0,34)	-0,13 (0,41)	0,19 (0,20)	-0,10 (0,52)	0,13 (0,40)	<u>-0,90</u> (0,00)	<u>-0,56</u> (0,00)
<u>Variables catégoriques</u>								
<i>Statut civil :</i>								
- Marié(e)	63,3**	20,3	125,7	22,4	2,1	1,7	5,4	3,4
- Veuf(ve)	66,2	20,6	130,9	22,1	2,1	1,7	6,4	3,8
- Célibataire	62,9	19,8	118,8	23,0	2,0	1,7	6,3	3,9
- Divorcé(e)	73,5	21,7	128,7	23,0	2,1	2,0	6,6	3,9
Valeur p^I	0,56	0,68	0,71	0,99	0,92	0,64	0,02	0,02
<i>Situation de vie :</i>								
- Seul	64,1	20,5	128,1	23,5	2,1	1,7	6,5	3,8
- En couple	62,8	20,1	128,6	21,3	2,1	1,6	5,4	3,5
- Avec la famille	83,8	22,1	128,7	20,0	2,1	1,6	6,8	3,7
- Autre	64,2	20,5	121,1	23,6	2,0	1,9	5,6	3,6
Valeur p	0,06	0,61	0,62	0,80	0,87	0,51	0,01	0,08
<i>Diagnostic :</i>								
- Orthopédique	67,1	20,7	126,4	23,8	2,1	1,7	6,3	3,7
- Neurologique	65,6	20,8	132,4	19,6	2,1	1,6	5,2	3,5
- Médical	53,7	18,4	115,7	22,8	1,9	1,8	5,7	3,5
Valeur p	0,05	0,05	0,32	0,45	0,20	0,53	0,01	0,15
<i>Auto-perception de la santé :</i>								
- Excellente	58,1	20,7	140,0	8,0	2,0	1,6	7,2	3,8
- Bonne	70,1	21,1	129,6	21,6	2,1	1,8	6,3	3,8
- Passable	64,2	20,2	124,9	22,0	2,1	1,6	5,7	3,6
- Mauvaise	50,0	19,3	124,8	32,0	2,1	1,9	5,3	3,2
Valeur p	0,05	0,50	0,72	0,10	0,98	0,42	0,09	0,16
<i>Auto-perception de l'humeur :</i>								
- Déprimé	57,2	19,3	122,7	20,9	2,0	1,6	5,5	3,4
- Pas déprimé	68,6	21,0	128,8	23,1	2,1	1,7	6,1	3,7
Valeur p^{II}	0,01	0,01	0,37	0,45	0,25	0,23	0,14	0,03

* Rhô de Spearman (valeur p)

** Moyenne

^I Test de Kruskal-Wallis

^{II} Test de Mann-Whitney

Légende :

QdeV : Score combiné du SWLS et du GWB

QLI : Indice de la qualité de vie

MQE VS+/- : Mesure de la qualité de l'environnement version somme « facilitant »/ « obstacle »

MQE VM+/- : Mesure de la qualité de l'environnement version moyenne « facilitant »/ « obstacle »

MHAVIE : Mesure des habitudes de vie

SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

En dernier lieu, afin de vérifier si la relation entre la qualité de vie et l'environnement est plus importante chez les personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles modérées à sévères (hypothèse 2), deux groupes ($n = 24$ et $n = 22$) de participants ayant des incapacités fonctionnelles différentes ($SMAF \leq 19$ et $SMAF > 19$ respectivement) ont été formés. Le choix du score seuil de 19 au SMAF a été choisi de façon arbitraire afin de diviser l'échantillon en deux sous-groupes approximativement égaux. Aucune classification des scores selon le niveau d'incapacité fonctionnelle est actuellement disponible. Ce choix fait cependant du sens sur le plan clinique, car il sépare les personnes ayant des incapacités modérées à sévères des personnes ayant des incapacités légères. Les résultats (tableau 12) indiquent une absence de différence significative entre les deux groupes dans les relations entre les variables principales. Il faut toutefois être prudent dans l'interprétation de ces résultats car ils peuvent être causés par un manque de puissance. En effet, la séparation de l'échantillon en deux sous-groupes a eu pour impact de réduire la puissance à 46%. La comparaison des corrélations entre le score combiné de la qualité de vie et la version moyenne de la MQE « facilitant » indique une légère tendance à confirmer l'hypothèse 2 (valeur $p = 0,19$). De plus, la relation entre la qualité de vie et l'environnement se situe près du seuil significatif pour le groupe ayant des incapacités fonctionnelles modérées à sévères.

Tableau 12. Comparaison des relations entre la qualité de vie et l'environnement en fonction du niveau d'incapacités fonctionnelles (2 groupes)

	QdeV	Valeur p ¹	QLI	Valeur p ¹
MQE VS+ :				
groupe 1 (n = 24)	0,00 (0,99)*	0,57	0,32 (0,13)	0,39
groupe 2 (n = 22)	-0,18 (0,43)		0,06 (0,81)	
MQE VS- :				
groupe 1 (n = 24)	0,17 (0,43)	0,94	0,05 (0,81)	0,50
groupe 2 (n = 22)	0,15 (0,51)		0,26 (0,24)	
MQE VM+ :				
groupe 1 (n = 24)	-0,00 (0,99)	0,19	0,24 (0,27)	0,23
groupe 2 (n = 22)	-0,40 (0,07)		-0,14 (0,54)	
MQE VM- :				
groupe 1 (n = 24)	0,11 (0,60)	0,97	0,06 (0,77)	0,37
groupe 2 (n = 22)	0,10 (0,66)		0,33 (0,13)	

* Rhô de Spearman (valeur p)

¹ Test d'égalité de deux corrélations

Légende :

groupe 1: résultat au SMAF ≤19

groupe 2: résultat au SMAF > 19

QdeV : Score combiné du SWLS et du GWB

QLI : Indice de la qualité de vie

MQE VS+/- : Mesure de la qualité de l'environnement version somme « facilitant »/ « obstacle »

MQE VM+/- : Mesure de la qualité de l'environnement version moyenne « facilitant »/ « obstacle »

CHAPITRE 6

DISCUSSION

Ce chapitre est réservé à l'examen des résultats et à la présentation des forces et des limites de l'étude. Il permet d'abord de relever l'influence et la portée des choix méthodologiques. Une critique des résultats, liée surtout à la recension des écrits, est ensuite présentée. Finalement, les retombées de l'étude puis les perspectives sont exposées.

1. Aspects méthodologiques

Le dispositif transversal de type enquête a permis de prendre un portrait à un moment précis de la situation des personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles et vivant à domicile. Étant donné que peu de recherches ont étudié la qualité de vie et la perception de la qualité de l'environnement physique et social de cette population, le dispositif transversal constitue la première étape pour générer des pistes de recherche. Il a su répondre rapidement et à un faible coût à l'objectif d'établir des corrélations entre les différentes variables. Une des limites de ce dispositif est qu'il ne permet pas de déterminer la direction de la relation entre les variables. Par exemple, on ne sait pas si c'est la satisfaction envers les habitudes de vie qui influence la qualité de vie ou si c'est la qualité de vie qui influence la satisfaction envers les habitudes de vie. Les corrélations indiquent donc un lien d'association, mais pas le sens de ce lien.

La population ciblée par l'étude a été rejointe. Les participants sont tous des personnes âgées présentant des incapacités fonctionnelles et vivant à domicile. Des critères d'inclusion et d'exclusion précis ont rendu le recrutement facile et rapide. Une certaine hétérogénéité des participants a aussi été atteinte : bonne étendue au niveau de l'âge, équilibre entre hommes et femmes et bonne distribution des scores de l'autonomie

fonctionnelle. Il apparaît toutefois évident que l'échantillon n'est pas nécessairement représentatif de la population des personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles et vivant à domicile. Tout d'abord, on peut penser que les services de l'Hôpital de jour ou de maintien à domicile du CLSC peuvent avoir une influence sur la qualité de vie, l'environnement et les habitudes de vie de cette clientèle. De plus, la restriction de la population étudiée aux personnes ayant des fonctions cognitives préservées a pour effet de diminuer la possibilité de généraliser les résultats. Le critère des fonctions cognitives préservées était cependant essentiel pour l'obtention d'une certaine qualité de l'information recueillie par les instruments de mesure. Néanmoins, l'objectif de l'étude n'étant pas d'établir des prévalences, la représentativité était idéale mais non essentielle.

Dans le même ordre d'idées, le choix d'un plan d'échantillonnage non probabiliste de convenance est justifié par la question de recherche, le budget et le temps disponible pour faire l'étude. Il constitue toutefois, par son biais de sélection potentiel, une des limites de l'étude. À propos des personnes ayant refusé de participer à l'étude, l'auto-perception de la santé est la seule variable sociodémographique qui les différencie des participants. Un niveau d'occupation plus élevé en lien avec une meilleure perception de leur santé peut être à l'origine de ce refus. Aussi, plus de personnes recrutées à l'Hôpital de jour ont refusé de participer à l'étude. Le caractère intimidant du premier contact en personne et l'absence de liens de confiance préalablement créés peuvent en être la cause. En effet, les personnes recrutées via le CLSC avaient déjà reçu des services professionnels de la personne responsable du recrutement. L'entrevue face-à-face peut aussi avoir intimidé certaines personnes provenant des deux lieux de recrutement, les amenant à refuser de participer.

Les variables recueillies pour cette étude sont nombreuses. Certaines variables, telles que la satisfaction envers la vie ou certains aspects de la qualité de vie (par exemple l'aspect spirituel), pourraient être stables à travers le temps et ont pu ainsi diminuer l'effet attendu des incapacités fonctionnelles sur la qualité de vie des personnes âgées. Par exemple, la satisfaction envers la vie ressemblerait aux traits de personnalité qui sont stables à travers le temps (Feist, 1990). Dijkers (1999) a néanmoins démontré que l'Échelle de satisfaction envers la vie est sensible aux changements provoqués par les événements de la vie.

L'utilisation de scores globaux des différents instruments de mesure peut être à l'origine de l'absence de relation entre la qualité de vie, l'environnement et le niveau de handicap dans les habitudes de vie. En effet, des relations peuvent être camouflées lors de la combinaison des résultats des différentes catégories de l'instrument. L'étude des relations entre les sous-catégories des divers instruments de mesure a tenté de diminuer cet aspect. Le nombre d'items par catégorie est par contre restreint, imposant une certaine prudence dans l'interprétation des résultats. Par exemple, l'item « *Relations interpersonnelles* » de la MHAVIE inclut seulement trois questions.

Les trois instruments utilisés pour mesurer la qualité de vie ont permis de couvrir en grande partie ce concept. Contrairement à l'Échelle de bien-être général, l'Échelle de satisfaction envers la vie et l'Indice de la qualité de vie utilisent seulement des questions ayant une connotation positive, favorisant un biais d'acquiescement. De plus, la faible variabilité de l'Indice de la qualité de vie (écart type de 2,6 sur un score total de 30) indique que les participants ont eu tendance à répondre en accord aux questions de cet

instrument. Cette faible variabilité peut aussi avoir diminué les chances d'obtenir des relations avec les autres instruments et leurs sous-catégories. Compte tenu du nombre d'instruments utilisés, il apparaît pertinent de se demander s'il n'y a pas de chevauchement entre les différents instruments, surtout pour les deux instruments dont le score est combiné. Ce questionnement est renforcé par le fait que les trois instruments de la qualité de vie mesurent un concept apparenté et sont tous corrélés entre eux. Les deux construits combinés pour opérationnaliser la qualité de vie reposent sur le modèle théorique de Dijkers (1997a). Aussi, l'analyse des corrélations effectuées séparément pour chacun des instruments de la qualité de vie en relation avec l'environnement et les habitudes de vie, a diminué l'effet possible du chevauchement.

De leur côté, la MQE et la MHAVIE sont deux instruments de mesure découlant directement du modèle conceptuel sous-jacent à cette étude. Le modèle du Processus de production du handicap représente une des forces de l'étude. Ce dernier est bien défini et connu tant au plan clinique que scientifique. Le modèle permet, par son assise théorique, de contrer en partie les faiblesses du devis transversal utilisé. La MQE et la MHAVIE permettent donc d'opérationnaliser le modèle du Processus de production du handicap. Les qualités métrologiques de ces instruments n'ont toutefois pas été étudiées spécifiquement auprès des personnes âgées. Une étude est actuellement en cours pour répondre à cette lacune. La conception de ces instruments a toutefois été réalisée en étroite collaboration avec un groupe d'experts, ce qui les rend plus crédibles.

Un élément positif de l'instrument MQE est qu'il considère la perception que la personne a de son environnement. Des résultats différents auraient sûrement été obtenus si

l'environnement avaient été mesuré objectivement. Des difficultés auraient alors été rencontrées à cause du manque d'instruments développés à cet effet et à cause du temps nécessaire pour mesurer ce concept. De plus, la vision objective n'aurait pas représenté la perception que la personne a de son environnement, ce qui apparaît plus important de mettre en relation avec la qualité de vie.

Une autre force de la MQE est sa considération de l'environnement dans son sens large. En effet, cet instrument inclut l'environnement tant physique que social, sans négliger l'accessibilité, la technologie et les services gouvernementaux. Cette considération tellement large peut, par contre, avoir réduit les chances d'identifier des relations. En effet, le fait de mesurer un construit très étendu peut être une limite, d'où l'importance de faire des analyses par sous-catégories. Le choix d'utiliser la version somme plutôt que la version moyenne de la MQE représente aussi une limite puisqu'une partie de l'information est perdue. En effet, cette version considère globalement l'importance attribuée aux différents items plutôt que le poids spécifique attribué à chacun. L'importance globale, à cause de l'impact différent des facteurs « facilitants » et « obstacles », apparaissait toutefois plus intéressante à mettre en relation avec la qualité de vie. De plus, la version somme permet d'avoir une variabilité intersujets supérieure.

Une limite de l'instrument MQE est l'ambiguïté de certaines questions, surtout au niveau de la catégorie « *Égalité des chances et orientations politiques* », par exemple : « Quelle influence ont les orientations politiques gouvernementales sur votre vie quotidienne ? » ou encore « Quelle influence ont les modes de participations aux prises de décisions ? ». Le choix de réponse « ne s'applique pas » peut aussi parfois porter à

confusion. Ce choix est de mise lorsque certaines situations ou facteurs environnementaux n'existent pas dans le milieu. L'absence de ces situations ou de ces facteurs environnementaux peut cependant être un obstacle pour la personne. Finalement, certaines catégories comprennent plus d'items, donnant ainsi plus d'importance à ces aspects de l'environnement. Par exemple, la catégorie « *Soutien et attitudes de l'entourage* » comprend 14 questions alors que la section « *Technologie* », qui inclut les aides techniques, en comprend seulement cinq. L'importance alors attribuée à certaines catégories peut ne pas être représentative de la réalité environnementale de la personne. L'étude de fidélité et de validité en cours devrait permettre de clarifier ces éléments.

La MHAVIE est aussi un instrument qui utilise une approche subjective et qui évalue un aspect très large. Les questions sont claires et les choix de réponses sont bien définis, ne portant généralement pas à confusion. Les choix de réponses « activité non réalisée » versus « ne s'applique pas » de la section niveau de réalisation demeurent par contre ambiguës. Il est parfois difficile de déterminer si la non-réalisation de l'habitude de vie est causée par de trop grandes incapacités fonctionnelles ou par des obstacles environnementaux trop importants. De plus, la version « satisfaction » de la MHAVIE a antérieurement été peu utilisée, rendant donc l'évaluation des qualités métrologiques non disponible. Finalement, une des limites de cet instrument est sa probabilité élevée de créer une situation de désirabilité sociale. En effet, la majorité des personnes n'aiment pas dépendre des autres dans des activités de base aussi intimes que se laver, s'habiller et manger. Elles pourraient donc, consciemment ou non, surestimer leurs capacités.

La procédure de collecte de données s'est bien déroulée. Le temps de l'année peut toutefois avoir eu un impact sur l'évaluation de la qualité de vie, plus spécialement sur le bien-être. La fin de l'automne et le début de l'hiver peuvent être des périodes qui sont appréhendées par les personnes âgées, surtout celles ayant des incapacités fonctionnelles. Il est possible que le moral des personnes âgées aurait été meilleur en été. Toutefois, la collecte de données a eu lieu sur une courte période, diminuant la variabilité possible entre les participants.

Une des forces de l'étude est l'administration uniforme des instruments, et par une seule personne, ce qui diminue la variabilité associée à l'évaluateur. Les instruments ont été utilisés sous forme assistée avec l'aide de cartons illustrant clairement les choix de réponses pour chacun des instruments. L'évaluateur pouvait ainsi encadrer les participants et s'assurer de leur bonne compréhension. L'administration sous forme assistée, comparativement aux questionnaires auto-administrés, est cependant plus sujette au biais de désirabilité sociale. Pour diminuer cet effet, la confidentialité des résultats et l'importance de répondre honnêtement ont été abordés. La façon d'administrer la MQE a légèrement été modifiée comparativement à la méthode suggérée par les concepteurs de l'instrument. La possibilité de répondre de façon neutre, plutôt que de faire un choix, a été minimisée. Les participants étaient incités à utiliser le moins souvent possible le choix « aucune influence ». Ils étaient donc invités à se positionner, c'est-à-dire déterminer si les facteurs étaient des « facilitateurs » ou des « obstacles » pour eux. Ceci a eu pour conséquence d'augmenter le nombre de facteurs ayant une influence mineure, surtout du côté des « facilitateurs ». De plus, l'évaluateur étant ergothérapeute de profession et employée du gouvernement, à la connaissance de la majorité de participants, on peut

penser à un impact possible aux questions sur l'influence des services de réadaptation fonctionnelle et d'aide à domicile, et à tout ce qui a trait à la structure gouvernementale.

L'ordre de passation des tests, même en étant identique pour chaque participant, peut aussi avoir un impact sur les résultats puisque les réponses à un questionnaire peuvent influencer les réponses à un autre. Cet effet a toutefois été minimisé en utilisant les instruments plus généraux et relatifs à la qualité de vie au début de chaque entrevue. Selon certains auteurs (Stewart & King, 1994), l'évaluation de la qualité de hors de l'environnement familial d'un individu peut donner des scores atypiques. Cet aspect représente une des forces de l'étude puisque chaque participant a été évalué à son domicile. La durée nécessaire pour répondre à tous les instruments a suscité une certaine fatigue et une diminution de l'attention chez quelques-uns des participants. Ceci peut avoir affecté la qualité des réponses surtout aux items de la MHAVIE, le dernier instrument administré. Afin de minimiser l'effet de fatigue, deux rencontres ont été proposées au besoin. Malgré l'utilisation du MMSE dans le dépistage, certaines personnes ont eu de la difficulté à répondre aux questions. Cet instrument de recrutement n'étant pas infallible, quelques personnes à l'étude n'avaient peut-être pas la capacité cognitive pour répondre à des questions présentant un tel niveau de complexité, même avec l'encadrement de l'évaluateur.

La qualité de vie est un concept multidimensionnel basé sur l'auto-évaluation de l'individu. Conséquemment, il n'est pas surprenant que la qualité de vie soit difficile à étudier par une approche quantitative basée sur les méthodes statistiques. Aussi, l'analyse statistique d'un grand nombre de sous-catégories d'instruments en un même temps

entraîne un risque élevé de faire une erreur de première espèce. Il a donc été nécessaire d'utiliser 0,01 comme valeur seuil pour ces corrélations.

2. Discussion des résultats

La discussion des résultats se divise en quatre parties. En premier lieu, les résultats de la qualité de vie sont examinés. Ensuite, c'est la relation entre la qualité de vie et l'environnement qui est discutée, entre autres, en fonction des écrits scientifiques. Les liens entre la qualité de vie et le niveau de handicap dans les habitudes de vie sont par la suite relevés. Finalement la relation entre l'environnement et le niveau de handicap dans les habitudes de vie est abordée.

Qualité de vie

La qualité de vie est un concept complexe, difficile à définir et à mesurer. Le choix d'utiliser une définition subjective de la qualité de vie a augmenté la complexité de la mesure. Les résultats auraient sûrement été différents si une mesure objective de la qualité de vie, comme par exemple le SF-36 (McHorney et al., 1994), avait été choisie. Toutefois, une définition de la qualité de vie subjective se rapproche plus de la vision fondamentale de ce concept. En effet, la notion de « qualité » indique la présence d'une évaluation de la situation de vie d'une personne donnée. Or, pour un concept aussi personnel, il apparaît difficile de comparer la vie de quelqu'un avec des critères objectifs prédéfinis ou de juger de la qualité de la situation de vie d'une autre personne.

Deux études réalisées à l'aide de l'Échelle de satisfaction envers la vie auprès de personnes âgées recrutées dans les clubs de l'âge d'or et de loisirs et les centres d'accueil

permettent de se comparer. Les résultats de la présente étude (moyenne 24,2 et écart type 5,8) sont similaires, quoique légèrement inférieurs, aux études antérieures : moyenne 25,8 et écart type 6,4 pour la version originale anglophone (Diener et al., 1985) et moyenne 26,5 et écart type 6,3 pour la version traduite en français (Blais et al., 1989). L'utilisation d'un échantillon de personnes âgées ayant possiblement un niveau d'incapacité fonctionnelle différent pourrait être à l'origine des différences entre l'étude actuelle et ces études. Tel que mentionné précédemment, la similitude de ces résultats pourraient toutefois aussi indiquer une certaine stabilité du concept de satisfaction envers la vie.

Les instruments de mesure de la qualité de vie évaluent tous un concept apparenté puisqu'ils sont positivement et significativement corrélés entre eux. De plus, ils ont un score similaire lorsque rapportés en pourcentage (60 à 70% selon l'instrument). L'Indice de la qualité de vie semble un instrument complet en soi. En effet, celui-ci inclut à la fois les composantes cognitives et émotionnelles de la qualité de vie, ce qui explique sa forte association au score combiné des échelles de satisfaction envers la vie et de bien-être général.

Des études antérieures ont démontré que la qualité de vie serait influencée par l'âge (Osberg et al., 1987 ; Watson & Ager, 1991), l'éducation (Osberg et al., 1987), la mémoire (Pearlman & Uhlmann, 1988 ; 1991), les finances (Bubolz et al., 1980 ; Maguire, 1983 ; Osberg et al., 1987 ; Pearlman & Uhlmann, 1988 ; 1991), le standard de vie (Bharadwaj & Wilkening, 1977 ; Kinney & Coyle, 1992 ; Kirchman, 1986), le statut civil (Kinney & Coyle, 1992 ; Lawton et al., 1984), la situation de vie (Lawton et al., 1984), la santé (Bharadwaj & Wilkening, 1977 ; Flanagan, 1982 ; Lau et al., 1998 ; Maguire, 1983 ;

Patrick et al., 2000 ; Pearlman & Uhlmann, 1988 ; 1991 ; Watson & Ager, 1991) et la satisfaction envers la santé (Kinney & Coyle, 1992). Les résultats de la présente étude n'appuient toutefois pas ces écrits. Tout comme Pearlman et Uhlmann (1988) et Abbey et Andrews (1985), la qualité de vie, telle que mesurée dans la présente étude, est peu corrélée aux variables sociodémographiques et cliniques. De plus, selon Bharadwaj et Wilkening (1977), les revenus ne sont pas un discriminant saillant de la qualité de vie. La qualité de vie étant un concept large, subjectif et profond, il est possible que les facteurs personnels, qui sont individuels, objectifs et superficiels, ne soient pas reliés à la qualité de vie. En effet, les caractéristiques d'un individu donnent peu d'information sur son état cognitif ou émotionnel, contrairement au résultat de l'évaluation de sa qualité de vie subjective.

Parmi les variables sociodémographiques et cliniques, le lien de la qualité de vie avec l'auto-perception de la santé et de l'humeur est confirmé par la présente étude. Cette relation peut découler du fait que l'auto-perception de la santé et de l'humeur , tout comme la qualité de vie, repose sur une évaluation subjective d'un concept. De plus, une des sections de l'Indice de la qualité de vie concerne la santé et le score combiné des échelles de satisfaction envers la vie et du bien-être général s'intéresse en parti à l'humeur. La qualité de vie est aussi reliée à la nature des problèmes de santé. Il est possible que le pronostic meilleur de certains problèmes orthopédiques, comparativement aux problèmes neurologiques ou médicaux, soit à l'origine des résultats supérieurs obtenus aux instruments de mesure de la qualité de vie.

Relation entre la qualité de vie et l'environnement

Tel qu'il a été vu dans les résultats, la qualité de vie globale n'est pas reliée à l'environnement. Il semble par conséquent important d'être prudent lors de l'application du modèle de la qualité de vie de Dijkers (1997a) auprès d'une population de personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles. En effet, plusieurs liens ne sont pas confirmés par cette étude. Par exemple, la relation entre la qualité de vie et le niveau de handicap dans les loisirs et dans les relations familiales n'a pas été démontrée.

Certaines études antérieures appuient cependant la présence d'une relation entre la qualité de vie et l'environnement physique (Albercht & Devliger, 1999 ; Bharadwaj & Wilkening, 1977 ; Bubolz, Eicher, Ever & Sontag, 1980 ; Chapman & Beaudet, 1983 ; Kirchman, 1986 ; Lau et al., 1998 ; Lawton et al., 1978 ; 1984 ; Lawton & Cohen, 1974 ; Pearlman & Uhlmann, 1988 ; Richards et al., 1999 ; Takemasa, 1998 ; Vlek, et al., 1998). Par exemple, selon Lau et collaborateurs (1998) et Flanagan (1982), deux des éléments qui contribuent à la qualité de vie sont l'argent et l'habitation. L'étude de Vlek et collaborateurs démontre cependant que le confort est un des attributs les moins importants de la qualité de vie. Richards et collaborateurs (1999) prouvent que l'accès à l'environnement est relié à la satisfaction envers la vie. La présente étude n'a pas démontré ces liens entre la qualité de vie et les sections « *Revenus, emploi et sécurité du revenu* » et « *Environnement physique et accessibilité* » de la MQE. Pourtant, la catégorie « *Environnement physique et l'accessibilité* » est une des sections de l'environnement où le plus grand nombre d'obstacles a été relevé.

Certains écrits soulignent cette controverse de résultats. Dans une étude de Pearlman et Uhlmann (1988), la qualité de vie des personnes âgées atteintes d'une maladie chronique est influencée, entre autres, par l'environnement physique. La même équipe a toutefois refait une étude similaire quelques années plus tard, sans pouvoir démontrer de nouveau cette relation (Pearlman & Uhlmann, 1991). Les résultats de cette deuxième étude sont conformes aux résultats de l'étude actuelle.

Peu d'études ont utilisé une évaluation subjective de l'environnement. Selon Bubolz et collaborateurs (1980), l'aspect subjectif de la qualité de vie et la satisfaction envers la communauté seraient significativement reliés. Ceci est appuyé par deux autres études. D'abord Bharadwaj et Wilkening (1977) ont démontré l'association entre la satisfaction envers la vie et la communauté. Ensuite, selon Vlek et collaborateurs (1998), un des attributs les plus importants de la qualité de vie est un environnement de qualité. La présente étude n'appuie toutefois pas ces résultats.

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine des différences entre les résultats de la présente étude et ceux retrouvés dans les écrits scientifiques. D'abord, ces recherches ont été réalisées auprès d'une population différente (blessés médullaires, adultes ayant des incapacités fonctionnelles, personnes âgées sans incapacité fonctionnelle) et utilisent souvent un échantillon de grande taille. De plus, les instruments utilisés sont souvent très différents. Plusieurs chercheurs utilisent des instruments maisons, qui incluent parfois un seul énoncé, dont les qualités métrologiques ont été peu étudiées. La variable « environnement » est souvent définie différemment, et inclut parfois une seule dimension, physique ou sociale, ou se limite à l'aspect écologique. Des dispositifs

longitudinaux ont aussi parfois été utilisés, et présentent une plus grande rigueur méthodologique.

De plus, certains aspects de l'environnement sont acquis et difficilement modifiables, ce qui influence l'évaluation de leur qualité. Les conditions climatiques, par exemple, sont un des aspects de l'environnement qui n'est pas modifiable. Il peut aussi être difficile pour une personne d'être critique envers son environnement lorsqu'elle a peu de points de référence. La personne peut alors avoir de la difficulté à identifier les « facilitants » et les « obstacles » de son environnement. Des choix ou préférences en lien avec les capacités antérieures de la personne peuvent biaiser sa perception de son environnement immédiat qui, avec le temps, peut être devenu inadéquat. Certaines personnes vivent dans le même environnement depuis tellement d'années qu'il ne leur vient même pas à l'idée de faire des changements pour l'adapter à leur nouvelle situation. Une connaissance limitée de son pouvoir de modification de l'environnement peut aussi amener une impression défaitiste et affecter l'évaluation de la qualité de l'environnement. De plus, un changement de milieu de vie est une épreuve difficile pour une personne âgée ayant des incapacités fonctionnelles. Tel que mentionné par Kahana (1982), la personne âgée se retrouve souvent face à un choix restreint pour maintenir ou trouver un environnement résidentiel qui réponde à ses besoins et ses préférences. Certaines raisons sous-jacentes à ce choix restreint sont la diminution des revenus, les problèmes de santé, la perte des rôles sociaux et le choix limité des milieux de vie.

Selon Lawton et collaborateurs (1978), les aspects physiques de l'environnement sont plus reliés à la qualité de vie que les aspects sociaux, ce qui est contraire à ce qui a été

démontré par cette étude. Les résultats actuels appuient seulement le fait qu'un bon support social est partiellement associé à une meilleure qualité de vie. Ceci est en accord avec plusieurs études (Abbey & Andrews, 1985 ; Albercht & Devlieger, 1999 ; Bharadwaj & Wilkening, 1977 ; Blixen & Kippes, 1999 ; Bubolz, Eicher, Ever & Sontag, 1980 ; Chapman & Beaudet, 1983 ; Dijkers, 1997b ; Flanagan, 1982 ; Lau et al., 1998 ; Lawton et al., 1978 ; 1984 ; Maguire, 1983 ; Pearlman & Uhlmann, 1988 ; 1991 ; Prince et al., 1997 ; Takemasa, 1998 ; Vlek, et al., 1998). Cette relation entre la qualité de vie et l'environnement social, bien qu'appuyée par les écrits, peut toutefois être causée par la similitude de plusieurs items retrouvée dans la MQE et l'aspect « *Socio-économique* » de l'Indice de la qualité de vie (figure 20).

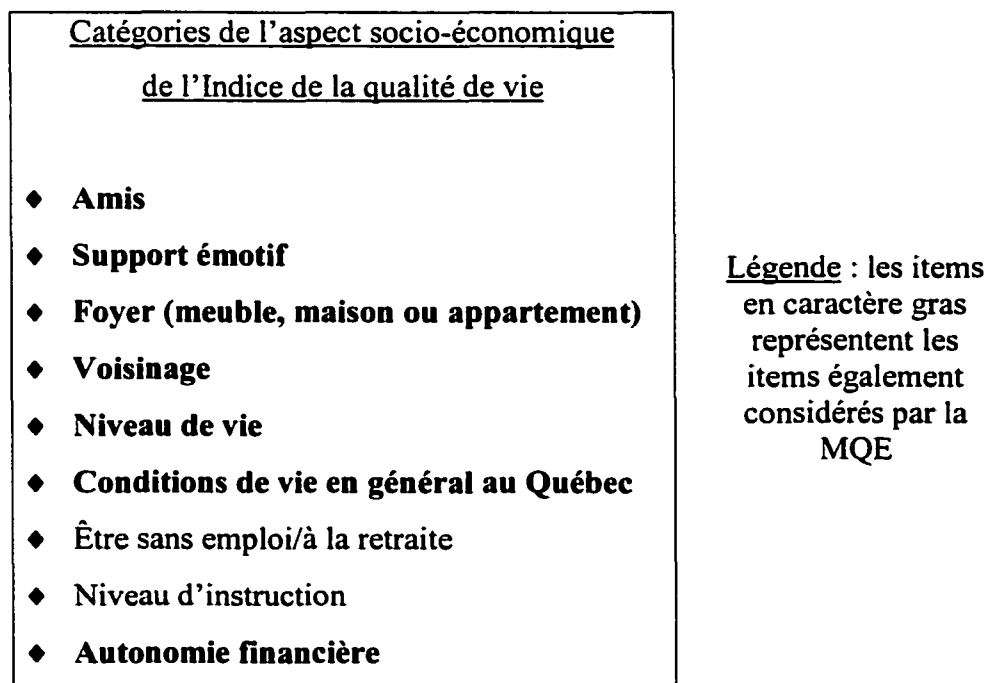


Figure 20. Items apparentés de l'aspect « *Socio-économique* » de l'Indice de la qualité de vie et de la Mesure de la qualité de l'environnement

Il est étonnant de constater que les services publics et gouvernementaux aient peu d'influence sur la qualité de vie des personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles. Cette relation est appuyée par Bharadwaj et Wilkening (1977) qui ont trouvé une faible association entre le gouvernement national et la satisfaction envers la vie. Il serait pourtant facile de conclure que les programmes de la Régie des rentes et de l'assurance-maladie du Québec ont un impact majeur chez cette clientèle. Souvent, les personnes âgées n'ont que leur pension du gouvernement comme revenu et consomment abondamment les services du système de santé.

Deux relations entre les composantes de la MQE et les aspects de l'Indice de la qualité de vie sont difficilement compréhensibles. La composante « *Soutien et attitudes de l'entourage* » de l'environnement **obstacle** est positivement associée à l'aspect « *Socio-économique* » de la qualité de vie. De plus, la composante « *Soutien et attitudes de l'entourage* » de l'environnement **facilitant** est aussi positivement reliée à l'aspect « *Socio-économique* » de la qualité de vie. Un imbroglio est créé par le fait que cet aspect de la qualité de vie soit à la fois associé à l'environnement facilitant et obstacle. Ceci apparaît tout d'abord peu concevable. Il est difficile de penser qu'une bonne qualité de vie socio-économique soit associée à un soutien et une attitude nuisible de l'entourage. Cette ambiguïté peut en fait refléter l'impact mineur que peuvent avoir le soutien et l'attitude de l'entourage sur la qualité de vie de certaines personnes. Il est possible que pour certaines personnes le manque de support et les attitudes antipathiques de leur réseau diminuent la qualité de leur environnement, mais ne soient pas un obstacle à l'évaluation positive de leur qualité de vie.

En dernier lieu, la taille de l'échantillon a été calculée en fonction de l'hypothèse 1. Il apparaît toutefois évident que celle-ci est insuffisante pour répondre à la seconde hypothèse (puissance calculée *a posteriori* de 46%). Il faut donc être prudent avant de conclure que la relation entre la qualité de vie et l'environnement n'est pas plus importante chez les personnes âgées présentant des incapacités fonctionnelles modérées à sévères que chez celles ayant des incapacités légères. En effet, une tendance est observée en ce sens pour certaines relations sans toutefois être significative. De plus, il aurait été intéressant d'identifier les meilleurs prédicteurs de la qualité de vie parmi les variables mesurées. Toutefois, l'absence de relations significatives entre les scores globaux des variables principales à l'étude a empêché la réalisation d'analyses de régressions linéaires multiples.

Relation entre la qualité de vie et les habitudes de vie

L'absence de relation entre les habitudes de vie et la qualité de vie de la présente étude est controversée par plusieurs études (Bubolz, Eicher, Ever & Sontag, 1980 ; Dijkers, 1997b ; 1999, Elliott & Barris, 1987 ; Lau et al., 1998 ; Maguire, 1983 ; Patrick et al., 2000 ; Prince et al., 1997 ; Smith et al., 1986 ; Viemerö & Krause, 1998 ; Watson & Ager, 1991). Par exemple, selon Prince et collaborateurs (1997), les déficiences, les incapacités et particulièrement les handicaps seraient fortement associés au bien-être. Les résultats de l'étude de Takemasa (1998) indiquent aussi que la qualité de vie serait négativement corrélée au niveau de handicap. Lau et collaborateurs (1998) ont trouvé qu'un des éléments qui contribuent à la qualité de vie est, entre autres, l'accomplissement dans les rôles. De même, selon Smith et collaborateurs (1986), la satisfaction envers la vie est reliée aux réalisations dans l'occupation. Une autre étude a aussi suggéré que la qualité

de vie d'adultes, avec et sans conditions chroniques, est reliée à la perception du statut fonctionnel (Patrick et al., 2000).

Certains chercheurs vont même jusqu'à soutenir que les habitudes de vie sont un des prédictors de la qualité de vie (Maguire, 1983 ; Koplas et al., 1999 ; Osberg et al., 1987). En effet, selon Maguire (1983), la capacité de participer à des activités significatives est un des prédictors de la satisfaction envers la vie. La capacité fonctionnelle et le niveau d'activités réalisées seraient les prédictors les plus importants de la qualité de vie. Bref, un faible niveau de participation dans les habitudes de vie aurait un impact négatif sur la qualité de vie (Osberg et al., 1987 ; Takemasa, 1998). Cependant, l'étude de Kirchman (1986) soutient l'absence de relation entre la réalisation des habitudes de vie et la qualité de vie. Les résultats de l'étude actuelle indiquent aussi que la réalisation d'activités de la vie quotidienne et domestique et des rôles sociaux est peu associée à la qualité de vie. Cette divergence de résultats peut être causée par la signification profonde, associée à l'état cognitif et émotionnel, de la qualité de vie. En effet, ce concept holistique irait au delà des activités de la vie quotidienne et de la maladie et serait associé à l'être dans son ensemble (Albercht & Devlieger, 1999). L'aspect « *Santé et fonctionnement* » de la qualité de vie est toutefois relié à la réalisation globale des habitudes de vie. Cette relation peut, tout comme avec la MQE, être causée par le nombre d'items similaires retrouvés dans la MHAVIE et l'aspect « *Santé et fonctionnement* » de l'Indice de la qualité de vie (figure 21).

<u>Catégories de l'aspect santé et fonctionnement</u> <u>de l'Indice de la qualité de vie</u>	
♦ Santé	
♦ Soins médicaux	
♦ Autonomie physique	
♦ Durée potentielle de vie	
♦ Vie sexuelle	
♦ Responsabilités familiales	
♦ Utilité pour les autres	
♦ Niveau de stress ou de préoccupations	
♦ Loisirs	
♦ Possibilités de faire des voyages	
♦ Possibilités d'une vieillesse heureuse	

Légende : les items en caractère gras représentent les items également considérés par la MHAVIE

Figure 21. Items apparentés de l'aspect « *Santé et fonctionnement* » de l'Indice de la qualité de vie et de la Mesure des habitudes de vie

Les analyses des sous-catégories de la version « réalisation » des habitudes de vie en lien avec la qualité de vie globale confirment que les relations interpersonnelles et les responsabilités sont reliées à la qualité de vie. Ces relations sont en accord avec le modèle de Dijkers (1997a) selon lequel les dimensions du handicap qui ont le plus d'influence sur la qualité de vie sont le rôle familial, l'intégration sociale informelle, l'occupation, les loisirs, la mobilité et l'intégration sociale formelle. Toutefois, dans l'étude présente, l'occupation, les loisirs et la mobilité ne sont pas associées à la qualité de vie. Ainsi, les personnes ayant d'importantes incapacités reliées à leur occupation ou à leur mobilité n'évaluent pas pour autant leur qualité de vie inférieure. De plus, tout comme Flanagan

(1982) et Watson et Ager (1991), les relations familiales ne sont pas associées à la qualité de vie. Selon ces résultats, il est possible que les relations familiales soient prises pour acquis et soient moins gratifiantes que les relations interpersonnelles, diminuant ainsi leur impact sur la qualité de vie. Certains chercheurs appuient toutefois la relation entre la famille et la qualité de vie (Bubolz et al., 1980 ; Vlek et al., 1998).

Il est aussi surprenant que les catégories « *Nutrition* », « *Condition corporelle* », « *Soins personnels* », « *Communication* », « *Habitation* », « *Déplacements* » et « *Communauté* » des habitudes de vie n'aient pas de lien avec l'un ou l'autre des aspects de la qualité de vie. Contrairement aux résultats de Watson et Ager (1991), les catégories « *Habitation* » et « *Communauté* » ne sont pas reliées à la qualité de vie et la catégorie « *Relations interpersonnelles* » l'est.

Bubolz et collaborateurs (1980) ont trouvé que la satisfaction envers les réalisations est un des prédicteurs de la qualité de vie. En effet, la relation entre la qualité de vie et la satisfaction envers les habitudes de vie de l'étude présente était attendue. Ces deux variables sont des concepts apparentés qui nécessitent tous deux une certaine introspection. Il se pourrait cependant que la satisfaction envers les habitudes de vie soit une variable intermédiaire entre la réalisation des habitudes de vie et la qualité de vie. Néanmoins, du point de vue clinique, la satisfaction importe plus que la performance dans les habitudes de vie. Kirchman (1986) et l'étude actuelle appuient l'absence d'une relation entre la qualité de vie et la satisfaction envers les activités de communication et les déplacements.

Tout comme démontré par Albercht et Devliger (1999) et par Viemerö et Krause (1998), la présente étude porte à croire que les incapacités fonctionnelles ne diminueraient pas la qualité de vie. Toutefois, l'absence de comparaison avec un groupe sans incapacité fonctionnelle ne permet pas de tirer de telles conclusions. Une étude réalisée auprès de personnes atteintes d'ostéoarthrite a aussi démontré que leur qualité de vie est très élevée en dépit de leurs limitations fonctionnelles importantes (Blixen & Kippes, 1999).

Considérant que plus de 75% des participants à l'étude avaient des incapacités fonctionnelles depuis plus de six mois, le processus d'adaptation peut aussi être à l'origine des résultats élevés aux instruments de mesure de la qualité de vie. La définition de la qualité de vie de Calman (1984) appuie l'importance du facteur temps dans le concept de la qualité de vie. La personne fait alors des choix de vie en lien avec ses incapacités fonctionnelles. Ces choix influencent sa perception qui serait alors altérée par une modification de son point de comparaison. Selon Stensman (1985), le maintien d'une bonne qualité de vie pour les personnes ayant des incapacités fonctionnelles est relié à un ajustement personnel, à une attitude personnelle positive, aux conséquences positives et compensatoires à la fois du processus de réadaptation et des apports de la société. La présence d'incapacités fonctionnelles depuis un certain temps peut aussi amener la personne à modifier ses standards de qualité de vie ou ses aspirations. La personne âgée accepte alors ses incapacités fonctionnelles comme partie intégrante du vieillissement et diminue ses attentes face à la vie.

Viemerö et Krause (1998) ont toutefois trouvé qu'une longue durée depuis le début des incapacités fonctionnelles est associée à une qualité de vie inférieure. Le cercle

vicieux des incapacités fonctionnelles serait à l'origine de cette association. En effet, les personnes ayant des incapacités fonctionnelles ne se sentiraient pas acceptées socialement par les personnes sans incapacité fonctionnelle, et auraient donc tendance à s'isoler et, conséquemment, à diminuer leur possibilité d'intégration sociale. Comme les relations interpersonnelles sont associées à la qualité de vie, ces personnes auraient une qualité de vie inférieure. De plus, Ramund et Stensman (1988) postulent que la qualité de vie ne serait pas reliée aux mêmes capacités fonctionnelles pour tous les individus. En effet, les personnes auraient tendance à diminuer l'importance de leurs capacités perdues et à augmenter l'importance de leurs capacités intactes, supportant la présence d'un mécanisme d'adaptation pour les pertes fonctionnelles.

Le pronostic des incapacités fonctionnelles a pu altérer l'évaluation de la qualité de vie. En effet, certains participants de la présente étude avaient des incapacités fonctionnelles chroniques, alors que d'autres anticipaient une certaine amélioration (par exemple suite à un remplacement de la hanche). Un certain délai est toutefois nécessaire pour que la personne réévalue la qualité de son environnement en fonction de ses incapacités fonctionnelles actuelles. L'appréciation de l'environnement pourrait alors prendre un certain temps. En effet, la personne doit refaire son évaluation de la qualité de l'environnement, la phase aiguë suivant la survenue des limitations fonctionnelles pouvant biaiser son jugement.

En conclusion, selon l'analyse des résultats par sous-catégories de la MQE et de la MHAVIE, on peut donc penser que principalement trois facteurs pourraient diminuer l'influence des incapacités fonctionnelles sur la qualité de vie. D'abord, l'aide apportée

par le réseau social apporterait une contribution considérable, ce qui est en accord avec les écrits. Tel que démontré par Blixen et Kippes (1999), le réseau social pourrait jouer un rôle significatif pour la santé et le bien-être des personnes âgées en atténuant l'effet du stress sur la qualité de vie. Ensuite, la capacité de réaliser ses relations personnelles et ses responsabilités pourrait aussi contribuer à diminuer l'influence qu'auraient les incapacités fonctionnelles sur la qualité de vie. L'étude d'Abbey et Andrews (1985) appuie cette relation entre la performance dans les relations personnelles et la qualité de vie. Viemerö et Krause (1998) démontrent que la satisfaction envers la vie est associée à l'intégration sociale. De plus, les aptitudes sociales seraient plus importantes pour les personnes ayant des incapacités fonctionnelles que les aptitudes motrices (Ramund & Stensman, 1988).

Relation entre l'environnement et les habitudes de vie

Il serait tentant de croire, selon le modèle du Processus de production du handicap, que le lien entre la qualité de vie et l'environnement passe en fait par les habitudes de vie, expliquant l'absence de relation directe entre les scores globaux de la qualité de vie et de l'environnement. Cependant, selon nos résultats, aucune relation entre les scores globaux de l'environnement et du niveau de handicap dans les habitudes de vie n'a pu être démontrée. La version « satisfaction » de la MHAVIE n'est pas non plus reliée à l'environnement. Aucune étude n'appuie ce résultat principalement en raison du nombre limité de recherches sur ce sujet.

L'étude n'a pu démontrer les croyances du modèle écologique (Lawton, 1982) selon lesquelles moins un individu est compétent, plus les facteurs environnementaux ont un impact sur lui. Une diminution de la qualité de vie aurait pu être un de ces impacts. Les

résultats ne permettent pas non plus de conclure que les facteurs environnementaux sont déterminants des conséquences des déficiences et incapacités des individus, ni qu'ils contribuent à créer une situation de participation sociale optimale ou, à l'inverse, de handicap tel que mentionné par Fougereyrollas (1994). Ils démontrent plutôt que l'environnement n'est pas relié au niveau de handicap, c'est-à-dire à la performance dans la réalisation des habitudes de vie. Ces résultats vont à l'encontre des conclusions d'une étude réalisée chez une clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral, où une relation a été trouvée entre l'environnement et les habitudes de vie (Rochette, Desrosiers & Noreau, 2001). L'utilisation d'une population différente et d'une version différente de la MQE et l'altération du mode de passation de l'instrument MQE peuvent être à l'origine de cette divergence.

3. Retombées anticipées

L'étude n'a pas permis de documenter l'importance de l'environnement dans la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile avec des incapacités fonctionnelles. L'absence de relation entre la qualité de vie, l'environnement et le niveau de handicap dans les habitudes de vie permettra de réfléchir les stratégies d'intervention visant à s'assurer de l'amélioration de la qualité de vie de cette clientèle. De nouvelles pistes de recherche (voir section suivante) ont cependant été générées par cette étude et permettront d'aider à mieux comprendre ce concept complexe qu'est la qualité de vie. Les résultats profiteront aux intervenants du système de santé qui travaillent auprès de cette population. Que les interventions soient faites au niveau de l'environnement physique ou social, il apparaît important, à la lumière de ces résultats, de ne pas prendre pour acquis qu'elles vont nécessairement améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Une absence de

relation peut, à première vue, avoir une portée limitée. Il est toutefois important de diffuser ces résultats pour orienter les recherches futures et démystifier certaines opinions préconçues.

L'étude permettra aussi, par la diffusion des résultats, d'informer les intervenants et chercheurs sur la définition et les méthodes d'évaluation de la qualité de vie. Elle se veut une influence positive vers le choix de l'aspect subjectif de la qualité de vie.

4. Perspectives

Une suite intéressante découlant de cette étude serait d'évaluer la relation entre la qualité de vie et la capacité d'adaptation aux incapacités fonctionnelles ou le sentiment de contrôle des personnes âgées vivant à domicile. Une comparaison des relations entre la qualité de vie, l'environnement et les habitudes de vie avec un groupe de personnes âgées sans incapacité fonctionnelle pourrait aussi être réalisée. Il serait intéressant de mesurer le lien entre la considération envers l'environnement physique et social et la qualité de vie de cette clientèle. En effet, si la personne est détachée de son environnement, il ne serait pas surprenant que l'environnement ne soit pas relié à sa qualité de vie.

Est-ce que la qualité de vie des personnes avec une maladie chronique stable est différente des personnes ayant une maladie dégénérative? Est-ce que la durée depuis le début des incapacités est associée à la qualité de vie? De plus, l'influence de certaines interventions sur l'environnement et le niveau de handicap dans les habitudes de vie pourrait être évaluée en terme d'impact sur la qualité de vie des personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles. Finalement, la même étude pourrait être reproduite en utilisant

une méthodologie différente. Une recherche qualitative permettrait peut-être de mieux explorer et comprendre le concept de la qualité de vie en lien avec la qualité perçue de l'environnement. Un dispositif longitudinal pourrait aussi donner des informations supplémentaires, entre autres, sur la direction de certaines associations. Bref, plusieurs avenues intéressantes pourraient être explorées.

CONCLUSION

Cette étude visait à documenter les relations entre la qualité de vie, l'environnement et les habitudes de vie de personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles et vivant à domicile. Une problématique issue de la pratique clinique en milieu communautaire indiquait clairement le besoin de répondre à cet objectif. Les écrits scientifiques recensés soulevaient à la fois une absence de consensus sur ces relations, un manque d'études réalisées spécifiquement auprès de cette population et des limites importantes au niveau des instruments de mesure utilisés. Une méthodologie transversale et des analyses de corrélations ont tenté de combler ces limites.

Les résultats n'appuient pas la présence d'une relation entre, d'une part, la qualité de vie et, d'autre part, l'environnement et la réalisation des habitudes de vie. La qualité de vie est cependant influencée par la satisfaction envers les habitudes de vie et partiellement influencée par l'environnement global facilitant et la réalisation des habitudes de vie. Le soutien et l'attitude de l'entourage et la capacité de réaliser ses relations interpersonnelles et ses responsabilités sont associés à une meilleure qualité de vie. Ces travaux ont permis, entre autres, d'être plus sensible à la problématique et de mieux conceptualiser la qualité de vie. Plusieurs suites possibles ont aussi été envisagées. D'autres études sont nécessaires pour documenter l'influence de l'environnement sur la qualité de vie des personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles et vivant à domicile.

REMERCIEMENTS

Je voudrais tout d'abord remercier Johanne Desrosiers pour sa disponibilité et sa passion contagieuse pour la recherche. Par ses conseils judicieux et son aide, elle a su être pour moi un exemple de persévérance et de rigueur. Durant ces deux années, elle a été témoin de mes premiers pas en recherche, de mes difficultés, mais aussi de mes succès.

Plusieurs bourses ont aussi permis la réalisation de ce projet. Je remercie premièrement le Réseau de recherche en géronto-gériatrie pour son appui financier via le Fonds de la recherche en santé du Québec. Cette aide, arrivée à un moment particulièrement opportun, a permis de maintenir les échéanciers initiaux. Merci au Centre de recherche de l'IUGS tant pour son appui financier que pour les facilités mises à ma disposition et l'accueil chaleureux de ce milieu stimulant. Je remercie l'Université de Sherbrooke, le fonds P.H. Desrosiers de la Fondation de l'Université de Sherbrooke et le programme des sciences cliniques de la Faculté de médecine.

Je veux aussi remercier Luc Noreau et les professeurs et collègues de maîtrise pour leurs commentaires et suggestions contribuant à l'avancement du projet. Un merci tout particulier à mes ami(e)s, à ma famille et surtout à mon conjoint pour leur support moral. Je remercie aussi tous ceux qui ont participé la correction du français. Merci à l'équipe du Service de soutien à la recherche du CLSC de La Région-Sherbrookoise et à l'équipe de l'Hôpital de jour de l'IUGS. Finalement, je voudrais souligner la contribution des personnes âgées ayant accepté de participer à l'étude, sans eux rien n'aurait été possible.

RÉFÉRENCES

- Abbey, A. & Andrews, F.M. (1985). Modeling the psychological determinants of life quality. Social Indicators Research, 16, 1-34.
- Albrecht, G.L. & Devlieger, P.J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. Social Science & Medicine, 48(8), 977-88.
- American Spinal Injury Association (1990). American Spinal Injury Association Standards for Neurological Classification of Spinal Injury Patients. Chicago: ASIA.
- Andrews, F.M. & Withey, S.B. (1976). Social indicators of well-being. New York: Plenum.
- Anthony, M.F., LeResche, L., Niaz, U., Von Koff, M.R. & Folstein, M.F. (1982). Limits of the "Mini-mental state" as a screening test for dementia and delirium among hospital patient. Psychological Medicine, 12, 397-408.
- Association canadienne des ergothérapeutes (1997). Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Barris, R. (1982). Environmental Interactions: An Extension of the Model of Occupation. American Journal of Occupational Therapy, 36(10), 637-644.
- Bharadwaj, L. & Wilkening, E.A. (1977). The prediction of perceived well-being. Social Indicators Research, 4, 421-439.
- Blais, M.R., Vallerand, R.J., Pelletier, L.G. & Brière, N.M. (1989). L'Échelle de satisfaction de vie : validation canadienne-française du « Satisfaction With Life Scale ». Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 21, 210-223.
- Blixen, C.E. & Kippes, C. (1999). Depression, social support, and quality of life in older adults with osteoarthritis. Image: Journal of Nursing Scholarship, 31(1), 221-226.
- Boschen, K., Noreau, L. & Fougereyrollas, P. (1998). Reliability studies of The Measure of the Quality of the Environment (MQE). 1er congrès du Réseau Provincial de recherche en adaptation-réadaptation. Québec. 4-6 juin 1998. (*Canadian Journal of Rehabilitation*. 11(4): 184-85.).
- Bradburn, N. (1969). The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine.
- Bravo, G., Gaulin, P. & Dubois, M.F (1996). Validation d'une échelle de bien-être général auprès d'une population francophone âgée de 50 à 75 ans. La Revue Canadienne du Vieillessement, 15(1), 112-128.

- Bravo, G. & Hébert, R. (1997). Age- and education-specific references values for the Mini-Mental and Modified Mini-Mental State Examinations derived from a non-demented elderly population. International Journal of Geriatric Psychiatry, 12, 1008-1018.
- Bubolz, M., Eicher, J., Ever, J. & Sontag, M. (1980). A human ecological approach to quality of life: Conceptual framework and results of a preliminary study. Social Indicators Research, 7, 103-136.
- Bubolz, M., Eicher, J. & Sontag, M. (1979). The Human Ecosystem: Conceptual Clarification. Journal of Home Economics, 28-31.
- Calman, K.C. (1984). Quality of life in cancer patients-an hypothesis. Journal of Medical Ethics, 10, 124-127.
- Campbell, A., Converse, P.E. & Rodgers, W.L. (1976). The quality of American life. New York: Russell Stage Foundation.
- Cantril, H. (1965). The pattern of human concerns. New Brunswick, New York: Rutgers University Press.
- Chapman, N.J. & Beaudet M. (1983) Environmental predictors of well-being for at-risk older adults in a mid-sized city. Journal of Gerontology, 38(2), 237-44.
- Christiansen, C. & Baum, C. (1991). Occupational Therapy: Intervention for Life Performance. In C. Christiansen & C. Baum (Eds.), Occupational Therapy: Overcoming Human Performance Deficits (3-43). Thorofare, New Jersey, SLACK Incorporated.
- Clark, P. (1979). Human development through occupation: theoretical framework in contemporary occupational therapy practice. Part 1. American Journal of Occupational Therapy, 33, 577-585.
- Clark, P. (1979). Human development through occupation: theoretical framework in contemporary occupational therapy practice. Part 2. American Journal of Occupational Therapy, 33, 505-514.
- Davies, S, Laker, S. & Ellis, L. (1997) Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice : a literature review. Journal of Advanced Nursing, 26(2), 408-417.
- Desrosiers J, Bravo G, Hébert R, Dubuc N. (1995). Reliability of the Functional Autonomy Measurement System (SMAF) revised for epidemiologic study. Age and Ageing, 24, 402-406.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. & Groffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. Journal of Personality Assessment, 49, 71-76.

- Dijkers, M. (1999). Measuring quality of life: methodological issues. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 78(3), 286-300.
- Dijkers, M. (1997a). Measuring Quality of Life. In Fuhrer, M.J. (Ed.), Assessing Medical Rehabilitation Practices: The Promise of Outcomes Research (pp. 153-179). Baltimore, Maryland: DC: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Dijkers, M. (1997b). Quality of life after spinal cord injury: a meta analysis of the effects of disablement components. Spinal Cord, 35, 829-840.
- Dougherty, D. (1985). The Effect of the Environment on Self-Esteem of Older Persons. Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 4(1), 21-31.
- Dunn, W., Brown, C. & McGuigan, A. (1994). The ecology of human performance: A framework for considering the effect of context. American Journal of Occupational Therapy, 48(7), 595-607.
- Dupuy, H.J. (1978). Self-Representations of General Psychological Well-Being of American Adults. Paper presented at the American Public Health Association Meeting, Los Angeles, California, October 17.
- Elliott, M. & Barris, R. (1987). Occupational Role Performance and Life Satisfaction in Elderly Persons. Occupational Therapy Journal of Research, 7(4), 216-224.
- Engel, G. (1997). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Sciences, 196, 129-136.
- Evans, R.L., Dingus, C.M. & Haselkorn, J.K. (1993). Living with a disability: a synthesis and critique of the literature on quality of life. Psychological Reports, 72, 771-7.
- Farber, J.F., Schmitt, F.A. & Logue, P.E. (1988). Predicting intellectual level from the Mini-Mental State Examination. Journal of American Geriatrics Society, 36, 509-510.
- Ferrans, C.E. & Powers, M.J. (1985). Quality of life index: development and psychometric properties. Advances in nursing sciences, 8(1), 15-24.
- Feist, J., (1990). Theories of Personality. Orlando, Holt; Rinehart and Winston.
- Fidler, G.S. (1982). The life style performance profile: An organizing frame. In B. Hemphill (Ed.), The evaluation process in occupational therapy. Thorofare, N.J.: Salek, 43-47.
- Fidler, G. (1996). Life-Style Performance: From Profile to Conceptual Model. American Journal of Occupational Therapy, 50(2), 139-147.

Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Spiegelhalter, D. & Cox, D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. British Medical Journal, 305, 1074-7.

Flanagan, J.C. (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 63, 56-9.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 12, 189-198.

Fougeyrollas, P. (1994). Les applications du concepts de handicaps (désavantage) de la CIDIH (CIH) et de sa nomenclature. Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux, 25-51.

Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., Côté, M. & St-Michel, G. (1996). Révision de la proposition québécoise de la classification : Processus de production du handicap. Réseau international sur le Processus de production du handicap ; CQCIDIH/SCCIDIH.

Fougeyrollas, P. & Noreau, L. (1998). La Mesure des habitudes de vie. Version 3.0. Réseau international du Processus de production du Handicap. Lac St-Charles, Québec.

Fougeyrollas, P., Noreau, L., Bergeron, H., Cloutier, R., Dion, S-A & St-Michel, G. (1998). Social consequences of long term impairment and disabilities : conceptual approach and assessment of handicap. International Journal of Rehabilitation Research, 21, 127-141.

Fougeyrollas, P., Noreau, L., St-Michel, G. & Boschen, K. (1999). Mesure de la qualité de l'environnement. Version 2.0. Réseau international du Processus de production du Handicap. Lac St-Charles, Québec.

Goode, D. (Ed.) (1994). Quality of Life For Persons With Disabilities. Cambridge, Brookline Press.

Hamilton, B.B., Granger, C.V., Sherwin, F.S., Zielezny & Tashman, J.S. (1987). A uniform national data system for medical rehabilitation. In Fuhrer, M.J. (Ed.), Rehabilitation outcomes: analysis and measurements. Baltimore (MD): Paul H. Brooks, 137-147.

Hébert, R. (1997). Functional decline in old age. Canadian Medical Association Journal, 157(8), 1037-1045.

Hébert, R. & Bilodeau, A. (1986). Profil d'autonomie fonctionnelle de personnes âgées en institution. Cahier de l'ACFAS, 46, 66-79.

- Hébert, R., Bravo, G., & Girouard, D. (1992). Validation de l'Adaptation Française du Modified Mni-Mental State (3MS). Revue de Gériatrie, 17(8), 443-450.
- Hébert, R., Carrier, R. & Bilodeau, A. (1988). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). La Revue de Gériatrie, 13, 161-167.
- Heyden, G. (1998) Health profile of the ageing population: the Swedish experience. International Dental Journal, 48, 167-172.
- Horowitz, A., Silverstone, B.M. & Reinhardt, J.P. (1991). A Conceptual and Empirical Exploration of personal Autonomy Issues Within Family Caregiving Relationships. The Gerontological Society of America, 31(1), 23-31.
- Howe, M.C. & Briggs, A.K. (1982). Ecological Systems Models for Occupational Therapy. American Journal of Occupational Therapy, 36(5), 322-327.
- Kafonek, S., Ettinger, W.H., Roca, R., Kittner, S., Taylor, N. & German, P.S. (1989). Instrument for screening for depression and dementia in a long-term care facility. Journal of American Geriatrics Society, 27, 29-34.
- Kahana, E. (1982). A Congruence Model of Person-Environment Interaction. In Lawton, M.P., Windley, P.G. & Byerts, T.O. (Eds.). Aging and the environment: Theoretical Approaches. New York: Springer Publishing Company.
- Kay, D.W.K., Henderson, A.S., Scott, R., Wilson, J., Rickwood, D. & Grayson, D.A. (1985). Dementia and depression among the elderly living in the Hobart community: the effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates. Psychological Medicine, 15, 771-788.
- Kielhofner, G. (1995). A Model of Human Occupation: Theory and Application (Second Edition). Baltimore, Maryland; Williams and Wilkins.
- Kielhofner, G. (1980). A Model of Human Occupation, Part 2. Ontogenesis from the Perspectives of Temporal Adaptation. American Journal of Occupational Therapy, 34(10), 657-663.
- Kielhofner, G. & Burke, J.P. (1985). A Model of Human Occupation, Part 4. Assessment and Intervention. American Journal of Occupational Therapy, 34(12), 777-788.
- Kinney, W.B. & Coyle, C.P. (1992). Predicting life satisfaction among adults with physical disabilities. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 73, 863-869.
- Kirchman, M. & Schulte, K. (1989). A study of Morale in the Elderly. Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 7(4), 29-41.
- Kirchman, M. (1986). Measuring the Quality of Life. Occupational Therapy Journal of Research, 6(1), 21-32.

Koplas, P.A., Gans, H.B., Wisely, M.P., Kuchibhatla, M., Cutson, T.M., Gold, D.T., Taylor, C.T. & Schenkman, M. (1999). Quality of life and Parkinson's disease. Journal of Gerontology, 54A(4), M197-M202.

Lau, A., Chi, I. & McKenna, K. (1998). Self-perceived quality of life of Chinese elderly people in Hong Kong. Occupational Therapy International, 5(2), 118-139.

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupational Model: A transactive approach to occupational performance. Canadian Journal of Occupational Therapy, 63(1), 9-23.

Lawton, M.P. (1986). Environment and aging (2nd ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Lawton, M.P., Winter, L., Kleban, M.H. & Ruckdeschel, K. (1999). Affect and quality of life: objective and subjective. Journal of Aging and Health, 11(2), 169-98.

Lawton, M.P., Moss, M. & Kleban, M.H. (1984). Marital status, living arrangements, and the well-being of older people. Research on Aging, 6(3), 323-45.

Lawton, M.P., Kleban, M.H. & diCarlo, E. (1984). Psychological well-being in the aged. Factorial and conceptual dimensions. Research on Aging, 6(1), 67-97.

Lawton, M.P., (1982). Competence, Environmental Press, and the Adaptation of Older people dans Lawton, M.P., Windley, P.G. & Byerts, T.O. (Eds.) Aging and the environment: Theoretical Approches. New York: Springer Publishing Company.

Lawton, M.P., Brody, E.M. & Turner-Massey, P. (1978). The relationship of environmental factors to changes in well-being. Gerontologist, 18, 133-137.

Lawton, M.P. & Cohen, J. (1974). The generality of housing impact on the well-being of older people. Journal of Gerontology, 29(2), 194-204.

Letts, L., Law, M., Rigby, P. Cooper, B., Stewart, D. & Strong, S. (1994). Person-Environment Assessments in Occupational Therapy. American Journal of Occupational Therapy, 48(7), 608-618.

Lucas, R.E., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. Journal of Personality and Social Psychology, 71(3), 616-28.

Machin, D., Campbell, M.J., Fayers, P.M. & Pinol, A.P.Y. (1997). Sample Size Tables for Clinical Studies. Berlin, Germany: Blakewell Science Ltd.

Maguire, G.H. (1983). An exploratory study of the relationship of valued activities to the life satisfaction of elderly person. Occupational Therapy Journal of Research, 3, 164-172.

Mayers, C. (1995). Defining and Assessing Quality of Life. British Journal of Occupational Therapy, 58(4), 146-150.

McHorney, C.A., Ware, J.E., Lu, J.F.R. & Sherbourne, C.D. (1994). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) : III Test of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patients groups. Medical Care, 32, 40-66.

Mosey, A.C. (1974) An alternative: The biopsychosocial model. American Journal of Occupational Therapy, 28(3), 137-140.

Mosey, A.C. (1985). A monistic or pluralistic approach to professional identity. American Journal of Occupational Therapy, 39(8), 504-509.

Noreau, L. & Shephard, R.J. (1995). Spinal Cord Injury, Exercise and Quality of Life. Sports Medicine, 20(4), 226-250.

Organisation Mondiale de la Santé (1980). International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap. A manual of classification relating to the consequences of disease. OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (2000). Site de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé, [En ligne]. <http://www.who.int/icidh/prefinaldec2000.html> (Page consultée le 26 mai 2001).

Osberg, J.S., McGinnis, G.E., DeJong, G. & Seward, M.L. (1987). Life Satisfaction and Quality of Life among Disabled Elderly Adults. Journal of Gerontology, 42(2), 228-230.

Patrick, D.L., Kinne, S., Engelberg, R.A. & Pearlman R.A. (2000). Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. Journal of Clinical Epidemiology, 53(8), 779-85.

Patrick, D.L. (1997). Rethinking prevention for people with disabilities. Part 1: a conceptual model for promoting health. American Journal of Health Promotion, 11(4), 257-60.

Pearlman, R.A. & Uhlmann, R.F. (1988) Quality of Life in Chronic Diseases: Perceptions of Elderly Patients. Journal of Gerontology, 43(2), M25-30.

Pearlman, R.A. & Uhlmann, R.F. (1991) Quality of Life in Elderly, Chronically Ill Outpatients. Journal of Gerontology, 46(2), M31-8.

Polatajko, H.J. (1992). Naming and framing occupational therapy: A lecture dedicated to the life of Nancy B. Canadian Journal of Occupational Therapy, 59(4), 189-200.

Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A. & Mann, A.H. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. Psychological Medicine, 27(2), 323-332.

Ramund, B. & Stensman, R. (1988). Quality of life and evaluation of functions among people with severely impaired mobility and non-disabled controls. Scandinavian Journal of Psychology, 29(3-4), 137-44.

Reed, K.L. (1984). Models of practice in occupational therapy. Baltimore: Williams & Wilkins.

Reilly, M. (1974). Preface. In Reilly, M. (Ed.) Play as exploratory learning. Beverly Hills: Sage.

Robnett, R.H. & Gliner, J.A. (1995). Qual-OT: A Quality of Life Assessment Tool. Occupational Therapy Journal of Research, 15(3), 198-214.

Richards, J.S., Bombardier, C.H., Tate, D., Dijkers, M., Gordon, W., Shewchuk, R. & DeVivo, M.J. (1999). Access to the Environment and Life Satisfaction after Spinal Cord Injury. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 80, 1501-1506.

Rochette, A. & Desrosiers, J. (2000). Application de la Mesure de la Qualité de l'Environnement auprès de personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral. Revue Québécoise d'Ergothérapie, 9(1), 35-38.

Rochette, A., Desrosiers, J. & Noreau, L. (2001). Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situations following a stroke. Disability and Rehabilitation, 23(13), 559-569.

Rousseau, J. (1997). Élaboration d'un instrument de mesure de la situation de handicap en milieu de vie naturel pour l'adulte présentant des incapacités (thèse). Université de Montréal ; Sciences biomédicales (réadaptation).

Smith, N.R., Kielhofner, G. & Watts, J.H. (1986). The Relationships between Volition, Activity Pattern, and Life Satisfaction in the Elderly. American Journal of Occupational Therapy, 40(4), 278-283.

Stensman, R. (1985). Severely mobility-disabled people assess the quality of their lives. Journal of Rehabilitation Medicine, 17, 87-99.

Stewart, A.L. & King, A.C. (1994). Conceptualizing and Measuring Quality of Life in Older Populations (chapter 2). In Abeles, R.P., Gift, H.C. & Ory, M.G. (Eds.) Aging and Quality of Life. New York; Springer Publishing Company.

Takemasa, S. (1998). Factors affecting QOL of the home-bound elderly disabled. Kobe Journal of Medical Sciences, 44(3), 99-114.

U.S. Department of Health, Education and Welfare (1969). Toward a social report. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- Verbrugge, L.M. (1994). Disability in Late Life. In Abeles, R.P., Gift, H.C. & Ory, M.G. (Eds.). Aging and Quality of Life. New York: Springer Publishing Compagny.
- Viemerö, V. & Krause, C. (1998). Quality of Life in Individuals with Physical Disabilities. Psychotherapy and Psychosomatics, 67(6), 317-22.
- Vlek, C., Skolnik, M. & Gatersleben, B. (1998). Sustainable developpement and quality of life: prospective changes in economic and environmental conditions. Zeitschrift fur Experimentelle Psychologie, 45(4), 319-333.
- Wade, D. T. (1995). Measurement in Neurological Rehabilitation (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Watson, M.A. & Ager, C.L. (1991). The Impact of Role Valuation and Performance on Life Satisfaction in Old Age. Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 10(1), 27-62.
- Whiteneck, G.G., Charlifue, S.W., Gerhart, K.A., Overholser, J.D. & Richardson, .N. (1992). Quantifying handicap: A new measure of long-term rehabilitation outcomes. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 73, 519-526.
- Zhan, L. (1992). Quality of Life: conceptual and measurement issues. Journal of Advanced Nursing, 17, 795-800.

ANNEXE 1

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR MA PARTICIPATION À UN PROJET DE RECHERCHE



TITRE DU PROJET: La relation entre la qualité de vie et la qualité de l'environnement chez les personnes âgées présentant des incapacités fonctionnelles

RESPONSABLES: Mélanie Levasseur, ergothérapeute
Dre Johanne Desrosiers, chercheure

OBJECTIF DU PROJET:

Ce projet de recherche vise à étudier la relation entre la qualité de vie et la qualité de l'environnement auprès de personnes âgées présentant des incapacités fonctionnelles. Vous correspondez au profil des personnes recherchées pour cette étude. C'est pourquoi nous faisons appel à votre participation.

NATURE DE MA PARTICIPATION:

Si j'accepte de participer à cette recherche, je devrai me soumettre à une entrevue qui permettra d'évaluer ma perception de ma qualité de vie et de la qualité de mon environnement. On mesurera aussi mon autonomie dans mes activités de la vie quotidiennes, domestiques et sociales. L'ensemble de ces tests se fera à mon domicile ou pendant mes temps libres à l'hôpital de jour, selon ma convenance, et ne devrait pas prendre plus de deux heures de mon temps.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Ma participation au projet de recherche me permettra de recevoir une évaluation de ma perception de ma qualité de vie, de la qualité de mon environnement et de mes activités de la vie quotidiennes, domestiques et sociales. De plus, je contribuerai à l'avancement des connaissances scientifiques sur l'importance de l'environnement dans la vie des personnes âgées. Aussi, les résultats aideront à documenter les facteurs qui influencent les activités de la vie quotidiennes, domestiques et sociales la qualité de vie des personnes âgées.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Il n'y a pas d'inconvénient direct pouvant découler de ma participation sauf une fatigue qui pourrait survenir. Si je suis fatigué(e), l'entrevue sera faite sur plus d'une période. Cette étude n'ayant aucun lien avec les services de l'hôpital de jour, il est entendu que ma participation à cette étude n'entravera pas les services que je reçois.

Il est entendu que ma participation à ce projet de recherche ne me fait courir sur le plan médical aucun risque que ce soit. Il est entendu que ma participation va me faire réfléchir sur ma situation de vie actuelle et pourrait me faire vivre certaines émotions. Au besoin, je pourrai alors être mis en contact avec un agent de relations humaines.

CONSENTEMENT

Je, soussigné, _____, accepte de participer au projet de recherche intitulé «La relation entre la qualité de vie et la qualité l'environnement chez les personnes âgées». Je reconnais avoir pris connaissance et compris les informations sur le projet en titre.

RETRAIT DE MA PARTICIPATION

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et que je reste, à tout moment, libre de mettre fin à ma participation sans avoir à motiver ma décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Advenant que je me retire de l'étude, je demande que les documents écrits qui me concernent soient détruits: Oui [☐] Non [☐].

ÉTUDES ULTÉRIEURES

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, j'autorise les personnes responsables de ce projet à me recontacter et à me demander si je serais intéressé(e) à participer à une nouvelle recherche :

Oui → [☐] Non → [☐]

INFORMATION

J'accepte que l'information recueillie puisse être utilisée pour fins de communication scientifique et professionnelle.

Oui → [☐] Non → [☐]

CONFIDENTIALITÉ

L'équipe de recherche m'a assuré que les informations recueillies demeureront strictement confidentielles. Afin d'assurer cette confidentialité, mon nom sera remplacé par un code dont seuls les chercheurs et l'assistant de recherche auront accès. Toutes les données seront conservées sous clé pour une période maximale de 5 ans. Elles seront ensuite détruites.

PERSONNES À CONTACTER

Pour toute information en regard du déroulement de la recherche ou de la survenue d'un incident, pour discuter des modalités et des conséquences d'un éventuel retrait ou pour toute urgence, veuillez contacter Madame Mélanie Levasseur, ergothérapeute et responsable du projet de recherche au 829-7131.

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable du projet, expliquer vos préoccupations au président du comité d'éthique, le Dr Jean-Pierre Bernier (346-1110, extension 14586).

DÉCLARATION

Je déclare avoir lu ou compris les termes du présent formulaire. J'ai été informé(e) de façon satisfaisante sur la nature de ma participation au projet.

SIGNATURES

Signature du participant

Signature du témoin

Fait à _____, le _____ 2000.

Je, soussigné(e) _____, certifie: a) avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable du projet

Fait à _____, le _____ 2000.

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR MA PARTICIPATION À UN PROJET DE RECHERCHE**

TITRE DU PROJET: La relation entre la qualité de vie et la qualité de l'environnement chez les personnes âgées présentant des incapacités fonctionnelles

RESPONSABLES: Mélanie Levasseur, ergothérapeute
Dre Johanne Desrosiers, chercheure

↳ Siège social
50, rue Camirand
Sherbrooke (Québec) J1H 4J5
Téléphone : (819) 565-1330
Télécopieur : (819) 565-4411

↳ Points de service
1200, rue King Est
Sherbrooke (Québec) J1G 1E4
Téléphone : (819) 563-2572
Télécopieur : (819) 563-9912

8, rue Speid
Lennoxville (Québec) J1M 1R6
Téléphone : (819) 563-2572
Télécopieur : (819) 566-8059

5112, boul. Bourque
Rock Forest (Québec) J1N 2K7
Téléphone : (819) 565-1330
Télécopieur : (819) 564-8005

Site web :
www.clsc-sherbrooke.qc.ca

OBJECTIF DU PROJET:

Ce projet de recherche vise à étudier la relation entre la qualité de vie et la qualité de l'environnement auprès de personnes âgées présentant des incapacités fonctionnelles. Vous correspondez au profil des personnes recherchées pour cette étude. C'est pourquoi nous faisons appel à votre participation.

NATURE DE MA PARTICIPATION:

Si j'accepte de participer à cette recherche, je devrai me soumettre à une entrevue qui permettra d'évaluer ma perception de ma qualité de vie et de la qualité de mon environnement. On mesurera aussi mon autonomie dans mes activités de la vie quotidiennes, domestiques et sociales. L'ensemble de ces tests se fera à mon domicile et ne devrait pas prendre plus de deux heures de mon temps.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Ma participation au projet de recherche me permettra de recevoir une évaluation de ma perception de ma qualité de vie, de la qualité de mon environnement et de mes activités de la vie quotidiennes, domestiques et sociales. De plus, je contribuerai à l'avancement des connaissances scientifiques sur l'importance de l'environnement dans la vie des personnes âgées. Aussi, les résultats aideront à documenter les facteurs qui influencent les activités de la vie quotidiennes, domestiques et sociales et la qualité de vie des personnes âgées.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Il n'y a pas d'inconvénient direct pouvant découler de ma participation sauf une fatigue qui pourrait survenir. Si je suis fatigué(e), l'entrevue sera faite sur plus d'une période. Cette étude n'ayant aucun lien avec les services du CLSC, il est entendu que ma participation à cette étude n'entravera pas les services que je reçois du CLSC.



RISQUES

Il est entendu que ma participation à ce projet de recherche ne me fait courir sur le plan médical aucun risque que ce soit. Il est entendu que ma participation va me faire réfléchir sur ma situation de vie actuelle et pourrait me faire vivre certaines émotions. Au besoin, je pourrai alors être mis en contact avec un agent de relations humaines.

CONSENTEMENT

Je, soussigné, _____, accepte de participer au projet de recherche intitulé «La relation entre la qualité de vie et la qualité l'environnement chez les personnes âgées». Je reconnais avoir pris connaissance et compris les informations sur le projet en titre.

RETRAIT DE MA PARTICIPATION

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et que je reste, à tout moment, libre de mettre fin à ma participation sans avoir à motiver ma décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Advenant que je me retire de l'étude, je demande que les documents écrits qui me concernent soient détruits: Oui [☐] Non [☐].

ÉTUDES ULTÉRIEURES

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, j'autorise les personnes responsables de ce projet à me recontacter et à me demander si je serais intéressé(e) à participer à une nouvelle recherche :

Oui → [☐] Non → [☐]

INFORMATION

J'accepte que l'information recueillie puisse être utilisée pour fins de communication scientifique et professionnelle.

Oui → [☐] Non → [☐]

CONFIDENTIALITÉ

L'équipe de recherche m'a assuré que les informations recueillies demeureront strictement confidentielles. Afin d'assurer cette confidentialité, mon nom sera remplacé par un code dont seuls les chercheurs et l'assistant de recherche auront accès. Toutes les données seront conservées sous clé pour une période maximale de 5 ans. Elles seront ensuite détruites.

PERSONNES À CONTACTER

Pour toute information en regard du déroulement de la recherche ou de la survenue d'un incident, pour discuter des modalités et des conséquences d'un éventuel retrait ou pour toute urgence, veuillez contacter Madame Mélanie Levasseur, ergothérapeute et responsable du projet de recherche au 829-7131.

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la responsable de la recherche du CLSC de la Région-Sherbrookoise, Madame Johanne Archambault (563-0913, extension 365).

DÉCLARATION

Je déclare avoir lu ou compris les termes du présent formulaire. J'ai été informé(e) de façon satisfaisante sur la nature de ma participation au projet.

SIGNATURES

Signature du participant

Signature du témoin

Fait à _____, le _____ 2000.

Je, soussigné(e) _____, certifie: a) avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable du projet

Fait à _____, le _____ 2000.

ANNEXE 2

LETTRE D'ACCEPTATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE



Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Sherbrooke Geriatric University Institute

ATTESTATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

Membres du comité	Champs d'activités
BERNIER, Jean-Pierre	Président du comité d'éthique Professeur, Faculté de médecine, Département de neurologie, Université de Sherbrooke
BRIÈRE, Élisabeth	Notaire, Étude Sylvestre, Robillard
DESCLOS, Jean	Doyen, Faculté de théologie, éthique et philosophie, Université de Sherbrooke
LORRAIN, Dominique	Professeure, Faculté des lettres et sciences humaines, Département de psychologie, Université de Sherbrooke Chercheure - Centre de recherche en gérontologie et gériatrie
MACOIR, Joël	Chercheur - Centre de recherche en gérontologie et gériatrie
O'NEIL, Louis	Personne retraitée
PATENAUDE, Johanne	Professeure, Faculté de médecine, Département de chirurgie, Université de Sherbrooke
TESSIER, Daniel	Médecin gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke Chercheur, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie

Le comité d'éthique de l'établissement certifie avoir examiné le projet de recherche suivant :

Titre : La relation entre la qualité de vie et la qualité de l'environnement chez des personnes âgées présentant des incapacités fonctionnelles

Chercheur(e) principal(e) : Mélanie Levasseur

et a conclu qu'il est entièrement conforme aux normes déontologiques, telles qu'énoncées dans les règles de la déontologie de la recherche sur l'humain.

DÉCISION :

Favorable	<input checked="" type="checkbox"/>	Unanime	<input checked="" type="checkbox"/>
Défavorable	<input type="checkbox"/>	Majoritaire	<input type="checkbox"/>

Extrait du procès-verbal du comité d'éthique de la recherche du 29 mai 2000.

Date : 29/05/2000

D^r Jean-Pierre Bernier, MD
Président du comité d'éthique

Note : Cette approbation devra être renouvelée chaque année, et ce jusqu'à la fin du projet de recherche

ANNEXE 3

LETTRE D'ACCEPTATION DE LA DIRECTION DES SERVICES À LA CLIENTÈLE DU CLSC DE LA RÉGION-SHERBROOKE



Le 23 novembre 2000

Madame Mélanie Levasseur
Centre de recherche
en gérontologie et gériatrie
1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec)
J1H 4C4

☐ *Siège social*
50, rue Camirand
Sherbrooke (Québec) J1H 4J5
Téléphone : (819) 565-1330
Télécopieur : (819) 565-4411

☐ *Points de service*
1200, rue King Est
Sherbrooke (Québec) J1G 1E4
Téléphone : (819) 563-2572
Télécopieur : (819) 563-9912

8, rue Speid
Lennoxville (Québec) J1M 1R6
Téléphone : (819) 563-2572
Télécopieur : (819) 566-8059

5112, boul. Bourque
Rock Forest (Québec) J1N 2K7
Téléphone : (819) 565-1330
Télécopieur : (819) 564-8005

Site web:
www.clsc-sherbrooke.qc.ca

Objet : Demande d'autorisation de consulter des dossiers d'utilisateurs dans le cadre de la recherche intitulée: *La relation entre la qualité de l'environnement et la qualité de vie des personnes âgées présentant des incapacités fonctionnelles*

Madame,

En suivi à votre demande, je vous autorise, par la présente, à consulter certains dossiers d'utilisateurs pour fins de recherche, me conformant ainsi à l'article 19 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c.S-4.2) qui autorise cette pratique.

Je prends bonne note de votre engagement à la confidentialité et de l'avis favorable du Comité d'éthique de la recherche.

Je vous souhaite bonne chance dans cette recherche. J'apprécierais également recevoir copie de vos résultats.

Veuillez accepter, Madame, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Le directeur des services à la clientèle,

Maurice Compagnat

MC/np

c.c. : M^{me} France Thibault, archiviste

U:\maucom\DSCU:\maucom\DSC\Demandes d'accès\Levasseur, M-IUGS.doc\Levasseur, M-IUGS.doc

ANNEXE 4

FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES

Données sociodémographiques et cliniques

Nom : _____	1. Numéro du sujet : _____	1. _____
Date de naissance : <u> 19 </u> / <u> </u> / <u> </u>	2. Âge : _____	2. _____
3. Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin (1)	<input type="checkbox"/> Homme (2)	3. _____
4. Langue usuelle : <input type="checkbox"/> Français (1)	<input type="checkbox"/> Anglais (2)	4. _____
5. Type de résidence: <input type="checkbox"/> Propriétaire (1)	<input type="checkbox"/> Locataire (2)	5. _____
<input type="checkbox"/> Résidence d'accueil (3)	<input type="checkbox"/> Autre (4) (préciser) : _____	
6. Statut civil : <input type="checkbox"/> Marié/union libre (1)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve) (2)	6. _____
<input type="checkbox"/> Célibataire (3)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)/séparé(e) (4)	
7. Situation de vie : <input type="checkbox"/> Seul (1)	<input type="checkbox"/> En couple (2)	7. _____
<input type="checkbox"/> Avec membre famille (3)	<input type="checkbox"/> Autre (4) (préciser) : _____	
8. Scolarité : <input type="checkbox"/> Aucune (1)	<input type="checkbox"/> Primaire : 1-6 ans (2)	8. _____
<input type="checkbox"/> Secondaire : 7-11 ans (3)	<input type="checkbox"/> Collégial/professionnel: 12-14 ans (4)	
<input type="checkbox"/> Baccalauréat : 15-16 ans (5)	<input type="checkbox"/> Maîtrise/Doctorat : > 17 ans (6)	

9. Revenus (ménage): ☐ 0-10 000 (1) ☐ 10 001-15 000 (2) 9.____
☐ 15 001-20 000 (3) ☐ 20 001-25 000 (4)
☐ 25 001-40 000 (5) ☐ > 40 001 (6)

10. Quelle est votre degré de satisfaction face à vos revenus?

☐ Très satisfait (1) ☐ Satisfait (2) 10.____
☐ Insatisfait (3) ☐ Très insatisfait (4)

11. Diagnostics médicaux : _____

12. Actuellement, comparativement aux autres personnes du même âge que vous, estimez-vous que votre santé est...

☐ Excellente (1) ☐ Bonne (2) 12.____
☐ Passable (3) ☐ Mauvaise (4)

13. Vous sentez-vous déprimé? ☐ Oui (1) ☐ Non (2) 13.____

14. Avez-vous vécu dernièrement un événement qui vous a beaucoup affecté, par exemple une maladie personnelle, le décès d'un proche, etc.?

☐ Oui (1) ☐ Non (2) 14.____

15. Quand ont débuté vos incapacités? _____

ANNEXE 5

INSTRUMENTS DE MESURE

ÉCHELLE DE SATISFACTION DE VIE

Nous présentons ci-dessous cinq énoncés avec lesquels vous pouvez être en accord ou en désaccord. À l'aide de l'échelle de 1 à 7 ci-dessous, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en encerclant le chiffre approprié à la droite des énoncés. Nous vous prions d'être ouvert et honnête dans vos réponses. L'échelle de sept points s'interprète comme suit :

	Fortement en désaccord 1	En désaccord 2	Légèrement en désaccord 3	Ni en désaccord ni en accord 4	Légèrement en accord 5	En accord 6	Fortement en accord 7
	Encercler						
1) En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.	1	2	3	4	5	6	7
2) Mes conditions de vie sont excellentes.	1	2	3	4	5	6	7
3) Je suis satisfait(e) de ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
4) Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.	1	2	3	4	5	6	7
5) Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.	1	2	3	4	5	6	7

7.1 INDEX SUR LA QUALITÉ DE LA VIE* - PARTIE I (SATISFACTION PAR DOMAINE)

Les gens diffèrent par leur attitude face à leur vie. Il est possible que les choses jugées satisfaisantes par une personne n'en satisfassent pas une autre. Pour chacune des questions suivantes, indiquez la réponse qui décrit le mieux votre satisfaction à l'égard de ce secteur de votre vie. Si aucun énoncé ne correspond exactement, choisissez celui qui se rapproche le plus de votre opinion. Veuillez répondre à toutes les questions qui vous concernent, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Êtes-vous satisfait:

Très ←————→ Très
insatisfait satisfait

1. de votre santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. des soins médicaux que vous recevez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. de votre autonomie physique (capacité de vous débrouiller, de vous déplacer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. de la durée potentielle de votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. de l'état de santé de votre famille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. de vos enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. du bonheur de votre famille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. de votre relation avec votre conjoint (autre personne importante)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. de votre vie sexuelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. de vos amis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. du support émotif que les autres vous procurent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. de votre capacité de vous acquitter de vos responsabilités familiales (ce que vous avez à faire pour votre famille)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. de votre utilité pour les autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. du niveau de stress ou de préoccupations dans votre vie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Référence: Ferrans, C.E., Powers, M.J.; Advances in Nursing Science, 1985.

Êtes-vous satisfait:

Très insatisfait ←————→ Très satisfait

15. de votre foyer (meubles, maison ou appartement)?

☐☐☐☐☐☐

16. de votre voisinage?

☐☐☐☐☐☐

17. de votre niveau de vie?

☐☐☐☐☐☐

18. des conditions de vie en général au Québec?

☐☐☐☐☐☐

19. de votre travail (si vous travaillez)?

☐☐☐☐☐☐

20. de ne pas avoir de travail (si vous êtes sans emploi, à la retraite ou atteint d'incapacité)?

☐☐☐☐☐☐

21. de votre niveau d'instruction?

☐☐☐☐☐☐

22. de votre autonomie financière?

☐☐☐☐☐☐

23. de vos loisirs?

☐☐☐☐☐☐

24. de vos possibilités de voyage durant vos vacances?

☐☐☐☐☐☐

25. de vos possibilités concernant une vieillesse (retraite) heureuse?

☐☐☐☐☐☐

26. de votre tranquillité d'esprit?

☐☐☐☐☐☐

27. de vos croyances religieuses?

☐☐☐☐☐☐

28. des buts personnels que vous avez atteints?

☐☐☐☐☐☐

29. de votre bonheur en général?

☐☐☐☐☐☐

30. de votre vie en général?

☐☐☐☐☐☐

31. de votre apparence personnelle?

☐☐☐☐☐☐

32. de vous-même en général?


☐☐☐☐☐☐

7.1 INDEX SUR LA QUALITÉ DE LA VIE* - PARTIE II (IMPORTANCE PAR DOMAINE)

Les gens diffèrent par leur attitude face à leur vie. Il est possible que les choses importantes par une personne ne le soient pas pour une autre.

Pour chacune des questions suivantes, indiquez la réponse qui décrit le mieux l'importance que vous accordez à ce secteur de votre vie. Si aucun énoncé ne correspond exactement, choisissez celui qui se rapproche le plus de votre opinion. Veuillez répondre à toutes les questions qui vous concernent, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Quelle importance accordez-vous:

Pas important  Très important

- ## 1. à votre santé?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- ## 2. aux soins médicaux?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 3. à votre autonomie physique (capacité de vous débrouiller, de vous déplacer)?**

--	--	--	--	--	--

- 4. à la durée potentielle de votre vie ?**

--	--	--	--	--	--

- 5. à l'état de santé de votre famille?**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- ## 6. à vos enfants ?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 7. au bonheur de votre famille?**

□ □ □ □ □ □

- 8. à votre relation avec votre conjoint
(autre personne importante)?**

□ □ □ □ □ □

- 9. à votre vie sexuelle?**

□ □ □ □ □ □

- ## 10. à vos amis?

□ □ □ □ □ □

- 11. au support émotif que les autres vous procurent?**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 12. à vos responsabilités familiales (ce que vous avez à faire pour votre famille)?**

□ □ □ □ □ □

- ### 13. au fait d'être utile aux autres?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 14. au fait d'avoir un niveau raisonnable de stress ou de préoccupations dans votre vie?**

□ □ □ □ □ □

Quelle importance accordez-vous:

15. à votre foyer (meubles, maison ou appartement)?

Pas important ← → Très important

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

16. à votre voisinage?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

17. à votre niveau de vie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

18. aux conditions de vie en général au Québec?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

19. à votre travail (si vous travaillez)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

20. au fait d'avoir un emploi (si vous êtes sans emploi, à la retraite ou atteint d'incapacité)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

21. à votre niveau d'instruction?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

22. à votre autonomie financière?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

23. à vos loisirs?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

24. à la possibilité de voyager durant vos vacances?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

25. à une vieillesse (retraite) heureuse?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

26. à la tranquillité d'esprit?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

27. à votre croyance religieuse?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

28. à l'atteinte de vos buts personnels ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

29. au bonheur en général?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

30. au fait d'être satisfait de la vie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

31. de votre apparence personnelle?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

32. à vous-même ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

33. Comment évaluez-vous votre qualité de vie? très mauvaise mauvaise passable bonne excellente

a- présentement

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

b- d'il y a 10 ans

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

c- d'il y a 20 ans

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ANNEXE

ÉCHELLE DE BIEN-ÊTRE GÉNÉRAL

LIRE - Les questions suivantes cherchent à déterminer comment vous vous sentez et comment ça va en général. Pour chaque question, indiquez d'un (X) la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

1. Comment vous sentez-vous en général ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)
 - 0 ☐ D'excellente humeur
 - 1 ☐ De très bonne humeur
 - 2 ☐ Surtout de bonne humeur
 - 3 ☐ J'ai beaucoup de hauts et de bas
 - 4 ☐ Plutôt découragé(e)
 - 5 ☐ Très découragé(e)

2. Êtes-vous dérangé(e) par la nervosité ou par vos «nerfs» ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)
 - 0 ☐ Énormément, au point où je ne peux plus travailler ou voir à mes affaires
 - 1 ☐ Beaucoup
 - 2 ☐ Passablement
 - 3 ☐ Assez pour me déranger
 - 4 ☐ Un peu
 - 5 ☐ Pas du tout

3. Vous sentez-vous maître de votre comportement, de vos pensées, émotions OU sentiments ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)
 - 0 ☐ Oui, complètement
 - 1 ☐ Oui, en grande partie
 - 2 ☐ De façon générale
 - 3 ☐ Pas vraiment
 - 4 ☐ Non, et cela m'inquiète un peu
 - 5 ☐ Non, et cela m'inquiète beaucoup

4. Êtes-vous triste, découragé(e), sans espoir, ou avez-vous des problèmes au point où vous vous demandez si les choses en valent la peine ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)
- 0 ☐ Énormément, au point où j'ai presque tout lâché
 - 1 ☐ Beaucoup
 - 2 ☐ Passablement
 - 3 ☐ Assez pour me déranger
 - 4 ☐ Un peu
 - 5 ☐ Pas du tout
5. Vivez-vous ou avez-vous l'impression de vivre de la tension, du stress ou de la pression ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINE)
- 0 ☐ Oui, je ne peux presque plus le supporter
 - 1 ☐ Oui, beaucoup
 - 2 ☐ Oui, plus que d'habitude
 - 3 ☐ Oui, mais à peu près comme d'habitude
 - 4 ☐ Oui, un peu
 - 5 ☐ Pas du tout
6. À quel point êtes-vous heureux(se), satisfait(e) ou content(e) de votre vie personnelle ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)
- 0 ☐ Extrêmement heureux(se), je ne peux être plus satisfait(e) ou content(e)
 - 1 ☐ Très heureux(se)
 - 2 ☐ Assez heureux(se)
 - 3 ☐ Satisfait(e), content(e)
 - 4 ☐ Un peu satisfait(e)
 - 5 ☐ Très insatisfait(e)
7. Avez-vous des raisons de vous demander si vous perdez la raison ou le contrôle de vos gestes, paroles, pensées ou sentiments, ou encore, si vous perdez la mémoire ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)
- 0 ☐ Pas du tout
 - 1 ☐ Quelque peu
 - 2 ☐ Un peu, mais pas assez pour m'inquiéter
 - 3 ☐ Un peu, assez pour m'inquiéter
 - 4 ☐ Assez, et je suis plutôt inquiet(ète)
 - 5 ☐ Beaucoup et je suis très inquiet(ète)

8. Êtes-vous anxieux(se), inquiet(ète) ou préoccupé(e) ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)

- 0 ☐ Énormément, au point d'en être malade ou presque
- 1 ☐ Beaucoup
- 2 ☐ Passablement
- 3 ☐ Assez pour me déranger
- 4 ☐ Un peu
- 5 ☐ Pas du tout

9. Vous réveillez-vous «frais(aîche) et dispos(e)» ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)

- 0 ☐ Tous les jours
- 1 ☐ Presque tous les jours
- 2 ☐ Assez souvent
- 3 ☐ Moins d'une fois sur deux
- 4 ☐ Rarement
- 5 ☐ Jamais

10. Êtes-vous ennuyé(e) par quelques maladies, troubles physiques, douleurs ou craintes au sujet de votre santé ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)

- 0 ☐ Tout le temps
- 1 ☐ La plupart du temps
- 2 ☐ Souvent
- 3 ☐ Quelquefois
- 4 ☐ Peu souvent
- 5 ☐ Jamais

11. Votre vie quotidienne est-elle remplie de choses intéressantes pour vous ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)

- 0 ☐ Tout le temps
- 1 ☐ La plupart du temps
- 2 ☐ Souvent
- 3 ☐ Quelquefois
- 4 ☐ Peu souvent
- 5 ☐ Jamais

12. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)

- 0 ☐ Tout le temps
- 1 ☐ La plupart du temps
- 2 ☐ Souvent
- 3 ☐ Quelquefois
- 4 ☐ Peu souvent
- 5 ☐ Jamais

13. Vous sentez-vous stable émotionnellement et sûr(e) de vous ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)

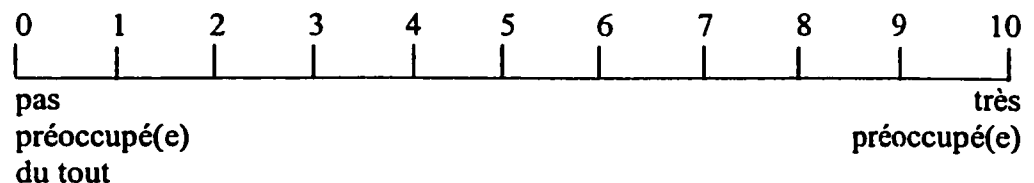
- 0 ☐ Tout le temps
- 1 ☐ La plupart du temps
- 2 ☐ Souvent
- 3 ☐ Quelquefois
- 4 ☐ Peu souvent
- 5 ☐ Jamais

14. Vous sentez-vous fatigué(e), épuisé(e) ou exténué(e) ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)

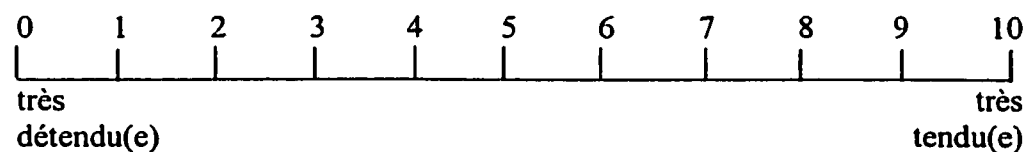
- 0 ☐ Tout le temps
- 1 ☐ La plupart du temps
- 2 ☐ Souvent
- 3 ☐ Quelquefois
- 4 ☐ Peu souvent
- 5 ☐ Jamais

Pour chacune des quatre échelles ci-dessous, veuillez noter que les mots à chaque extrémité de l'Échelle de 0 à 10 décrivent des sentiments opposés. Encerclez le chiffre le long de l'échelle qui traduit le mieux comment vous vous sentez en général DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES.

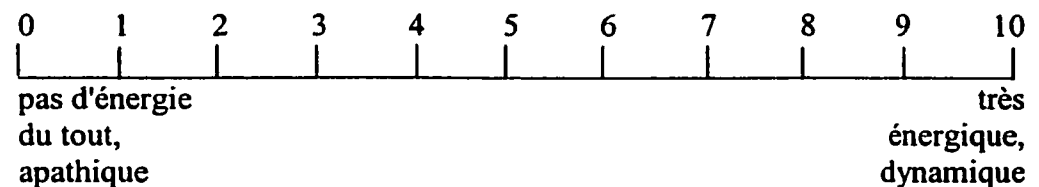
15. À quel point êtes-vous préoccupé(e) par votre santé ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)



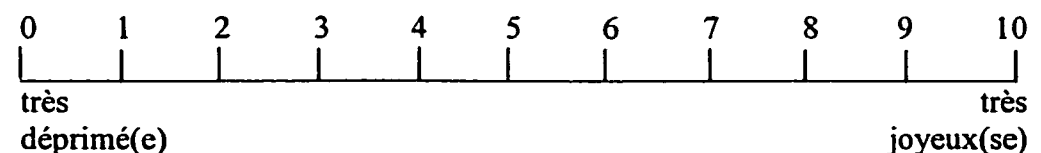
16. À quel point êtes-vous détendu(e) ou tendu(e) ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)



17. À quel point vous sentez-vous plein(e) d'énergie, de pep, de vitalité ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)



18. À quel point vous sentez-vous déprimé(e) ou d'humeur joyeuse ? (DEPUIS LES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES)



MESURE DE LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

8

<p><i>En tenant compte de vos capacités et de vos limites personnelles, indiquez de façon générale, à quel point les situations ou les facteurs suivants influencent votre vie quotidienne.</i></p>		<p>Échelle d'appréciation</p>									
		<p>← obstacle aucune influence facilitateur →</p>							<p>Je ne sais pas</p>	<p>ne s'applique pas</p>	
		<p>majeur moyen mineur mineur moyen majeur</p>									
<p>Réseau social (soutien de votre entourage)</p>											
1-	<p>Votre situation familiale (le fait de vivre seul, avec un conjoint ou avec des enfants).</p>	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2-	<p>Le soutien des membres de votre famille ou de vos proches tenant lieu de famille (présence, aide physique, aide ménagère, encouragement).</p>	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-	<p>Le soutien de vos amis.</p>	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4-	<p>Le soutien de votre voisinage.</p>	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5-	<p>Le soutien de vos collègues de travail, d'études ou de votre occupation principale.</p>	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Attitudes de votre entourage (manière de se comporter):</p>											
6-	<p>Les attitudes des membres de votre famille ou de vos proches tenant lieu de famille à votre égard.</p>	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7-	<p>Les attitudes de vos amis à votre égard.</p>	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8-	<p>Les attitudes de vos collègues de travail, d'études ou de votre occupation principale à votre égard.</p>	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9-	<p>Les attitudes de vos supérieurs (professeurs, superviseurs, employeurs) à votre égard.</p>	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10-	<p>Les attitudes de votre voisinage à votre égard.</p>	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11-	<p>Les attitudes de vos interlocuteurs (intervenants des services publics, les vendeurs, les commis, etc.).</p>	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9

Attitudes de votre entourage (manière de se comporter) (suite):

13- Les attitudes des personnes à votre égard lorsqu'elles sont en groupe (une classe, une bande, une foule, etc.).

14- Les croyances religieuses de votre milieu (foi, spiritualité, etc.).

Marché du travail

15- Les services d'orientation et de recherche d'emploi.

16- La disponibilité actuelle des emplois dans votre milieu.

17- Les critères d'embauche et les tests de sélection.

Si vous n'êtes pas à l'emploi présentement cochez ici et passez à la section suivante ☐

18- Votre poste de travail (l'aménagement physique de votre lieu de travail).

19- Les exigences de vos tâches de travail (obligations, performance, qualités requises, etc.).

20- Vos horaires de travail.

21- Les structures syndicales.

22- Les services aux employés.

[illegible]

MESURE DE LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

10

<p><i>En tenant compte de vos capacités et de vos limites personnelles, indiquez de façon générale, à quel point les situations ou les facteurs suivants influencent votre vie quotidienne.</i></p>		Échelle d'appréciation							Je ne sais pas	ne s'applique pas
<p>← obstacle aucune influence facilitateur →</p>										
Sources de revenu (disponibilité, programme et services financiers)		majeur	moyen	mineur	mineur	moyen	majeur			
23-	Vos revenus personnels (ou familiaux si vous n'avez pas votre propre revenu).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24-	Les programmes publics d'assurance invalidité ou de maladie (assurance accident de la route, de travail, maladie, régime de rente d'invalidité, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25-	Les programmes privés d'assurance invalidité, ou de maladie (assurance santé, assurance maladie-voyage).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26-	Les autres programmes d'assurances privées (domicile, auto, vie, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27-	Les programmes de compensations financières (supplément au loyer, allocation directe, compensation des incapacités, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28-	Les services socio-économiques (programmes fiscaux, allocation familiale, assurance chômage, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29- ✓	Les services des institutions financières (prêts, placements, transactions financières, guichets automatiques, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services commerciaux:		majeur	moyen	mineur	mineur	moyen	majeur			
30-	La disponibilité des commerces dans votre milieu (épicerie, restaurants, quincaillerie, commerces à grande surface, centres commerciaux, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31-	Les services offerts par les commerces de votre milieu.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services juridiques:		majeur	moyen	mineur	mineur	moyen	majeur			
32-	Les services juridiques (tribunaux, avocats, notaires, conseils juridiques, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MESURE DE LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

11

<p><i>En tenant compte de vos capacités et de vos limites personnelles, indiquez de façon générale, à quel point les situations ou les facteurs suivants influencent votre vie quotidienne.</i></p>		Échelle d'appréciation							Je ne sais pas	ne s'applique pas
		obstacle	aucune influence			facilitateur				
		majeur	moyen	mineur	0	mineur	moyen	majeur		
Services socio-sanitaires:										
33-	Les services d'accompagnateur externe autres que ceux fournis par vos proches (escorte, interprète, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34-	Les services d'aide à domicile autres que ceux fournis par vos proches.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35-	Les services de santé de votre milieu (hôpital, clinique médicale, dentiste, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36-	Les services de réadaptation fonctionnelle et sociale de votre milieu.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37-	Les services de réadaptation professionnelle de votre milieu.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38-	Les services de soutien à l'intégration sociale (service social, ressources résidentielles, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-	Les services de garderie (y compris la garde en milieu familial et à la maison) et de garde en milieu scolaire.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-	Les autres services de garde (répit et dépannage).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services éducatifs:										
Si vous n'êtes pas aux études présentement cochez ici et passez à la section suivante <input type="checkbox"/>										
41-	Les services éducatifs de votre milieu (primaire, secondaire, collégial, universitaire, éducation des adultes, formation professionnelle, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42-	L'accès aux prêts et bourses aux étudiants.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43-	Les autres services de votre milieu scolaire (activités parascolaires, cafétéria, services aux étudiants, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44-	Les services de transport scolaire.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MESURE DE LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

12

<p><i>En tenant compte de vos capacités et de vos limites personnelles, indiquez de façon générale, à quel point les situations ou les facteurs suivants influencent votre vie quotidienne.</i></p>		Échelle d'appréciation										Je ne sais pas	ne s'applique pas
		<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> ← obstacle aucune influence facilitateur → </div>											
		majeur	moyen	mineur		mineur	moyen	majeur					
Services des infrastructures publiques :													
45-	Les services de transport en commun de votre milieu (horaire, arrêts, fréquence, trajet, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
46-	Les services de transport adapté (horaire, arrêts, fréquence, trajet, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
47-	Les services de transport interurbain (train, autobus, avion).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
48-	Les services de communications téléphoniques de votre milieu (téléphone, fax, internet).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
49-	Les services des média radiophoniques.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
50-	Les services des média télévisuels.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
51-	Les services publics (pompier, policier, ambulancier, protection civile).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
52-	Les services municipaux (voirie, déneigement, enlèvement des ordures).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Services des organismes communautaires :													
53-	Les services des établissements culturels de votre milieu (cinéma, théâtre, bibliothèque, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
54-	Les services des organismes religieux de votre milieu.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
55-	Les services des organismes sportifs et de loisirs de votre milieu (clubs sportifs, d'échec, de voyage, de plein air, de collectionneur, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

MESURE DE LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

13

<p><i>En tenant compte de vos capacités et de vos limites personnelles, indiquez de façon générale, à quel point les situations ou les facteurs suivants influencent votre vie quotidienne.</i></p>		Échelle d'appréciation							Je ne sais pas	ne s'applique pas
		obstacle	aucune influence	facilitateur						
Services des organismes communautaires (suite) :										
56-	Les services des organismes communautaires de votre milieu (groupe d'entraide, club de l'âge d'or, Lions, scout, etc.).	majeur	moyen	mineur	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accessibilité physique:										
57-	L'accessibilité physique de votre résidence.	majeur	moyen	mineur	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58-	La disponibilité de logements répondant à vos besoins.	majeur	moyen	mineur	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59-	L'accessibilité physique des édifices publics de votre milieu (gouvernementaux, hôpitaux, etc.).	majeur	moyen	mineur	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60-	L'accessibilité physique des commerces de votre milieu.	majeur	moyen	mineur	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61-	L'accessibilité physique de votre milieu de travail ou d'études.	majeur	moyen	mineur	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62-	L'accessibilité physique des établissements culturels, sportifs ou de loisir.	majeur	moyen	mineur	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63-	L'accessibilité physique des résidences de vos proches et vos amis.	majeur	moyen	mineur	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sol , voies de circulation et distances:										
64-	La densité de la circulation automobile de votre milieu.	majeur	moyen	mineur	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65-	L'accessibilité des rues de votre milieu (été).	majeur	moyen	mineur	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MESURE DE LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

14

<p><i>En tenant compte de vos capacités et de vos limites personnelles, indiquez de façon générale, à quel point les situations ou les facteurs suivants influencent votre vie quotidienne.</i></p>		Échelle d'appréciation							Je ne sais pas	ne s'applique pas
		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> ← obstacle aucune influence facilitateur → </div>								
		majeur	moyen	mineur	0	mineur	moyen	majeur		
Sol , voies de circulation et distance (suite):										
66-	L'accessibilité des trottoirs de votre milieu (été).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67-	L'accessibilité des intersections de votre milieu (été).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68-	L'accessibilité des rues de votre milieu (hiver).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69-	L'accessibilité des trottoirs de votre milieu (hiver).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70-	L'accessibilité des intersections de votre milieu (hiver).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71-	Les dénivellations de terrain (côtes, pentes).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72-	La nature de la surface du sol (sable, gravier, herbe).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73-	La localisation de votre domicile (en fonction de l'éloignement des services).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éléments naturels:										
74-	Les conditions climatiques hivernales (neige, glace, froid, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75-	Les conditions climatiques estivales (chaleur, humidité, pluie, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76-	L'intensité de la lumière.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77-	L'obscurité.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MESURE DE LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

15

<p><i>En tenant compte de vos capacités et de vos limites personnelles, indiquez de façon générale, à quel point les situations ou les facteurs suivants influencent votre vie quotidienne.</i></p>		Échelle d'appréciation							Je ne sais pas	ne s'applique pas
		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> ← obstacle aucune influence facilitateur → </div>								
<p>Éléments naturels (suite):</p>		majeur	moyen	mineur		mineur	moyen	majeur		
78-	Le bruit.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79-	La qualité de l'air de votre milieu.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80-	Le temps qui vous est alloué pour exécuter une tâche (ex.: le temps mis à vous habiller, à faire un examen, à vous rendre au travail, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81-	La faune (animaux domestiques, de compagnie, <u>sauvages</u> , etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82-	La flore (plantes, arbres, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Objets :</p>		majeur	moyen	mineur		mineur	moyen	majeur		
83-	Les petits objets (ustensiles, crayon, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84-	Les gros objets (grandes boîtes, jouets volumineux, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85-	Le poids des objets.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86-	Les équipements de votre milieu de travail ou d'études (accessoires de bureau, outils de travail, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87-	Le mobilier (meubles).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88-	Les petits appareils électro-ménagers (grille-pain, robot culinaire, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89-	Les gros appareils électro-ménagers (four, cuisinière, réfrigérateur, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MESURE DE LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

16

<p><i>En tenant compte de vos capacités et de vos limites personnelles, indiquez de façon générale, à quel point les situations ou les facteurs suivants influencent votre vie quotidienne.</i></p>		Échelle d'appréciation							Je ne sais pas	ne s'applique pas
		obstacle	aucune influence			facilitateur				
Objets (suite):		majeur	moyen	mineur	0	mineur	moyen	majeur		
90-	Les appareils téléphoniques.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91-	Les télécopieurs.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92-	Les téléviseurs et les radios.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93-	Les ordinateurs.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94-	Les véhicules automobiles (automobile, fourgonnette, camion, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technologie:		majeur	moyen	mineur	0	mineur	moyen	majeur		
95-	Les directives et modes d'emploi liés à la technologie (recettes, notices des fabricants, mises en garde, instructions, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96-	Les services liés à l'accès ou à l'entretien de la technologie (y compris plombier, électricien, mécanicien, réparateur, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides techniques:		majeur	moyen	mineur	0	mineur	moyen	majeur		
97-	La disponibilité des aides techniques (fauteuil roulant, orthèses, aide à l'écriture, chien-guide, etc.).	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98-	L'utilisation des aides techniques.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99-	Les services d'entretien des aides techniques.	-3	-2	-1	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées) 1- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez de quelle façon vous les réalisez habituellement, et quel type d'aide est requis. 2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez jusqu'à quel point vous êtes satisfait ou insatisfait de la façon dont vous les réalisez.	Question 1					Question 2									
	Niveau de réalisation (1 réponse seulement)					Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)				Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)					
	Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait	
Choisir les aliments appropriés pour vos repas, selon vos goûts et votre diète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.1
Préparer vos repas (incluant l'utilisation des appareils électroménagers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.2
Prendre vos repas (incluant l'utilisation de la vaisselle et des ustensiles, le respect des convenances, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.3
Dormir de façon satisfaisante (confort, durée, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.1
Pratiquer des activités physiques pour maintenir ou améliorer votre santé ou votre condition physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.2
Réaliser des activités pour assurer votre bien-être psychologique ou mental (yoga, méditation, croissance personnelle, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.3
Vous occuper de votre hygiène corporelle (se laver, se coiffer, prendre un bain ou une douche, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.1
Utiliser les équipements sanitaires de votre domicile (toilettes et autres matériels nécessaires à l'élimination)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.2.1
Utiliser les équipements sanitaires autres que ceux de votre domicile (toilettes et autres matériels nécessaires à l'élimination)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.2.2
Vous habiller et vous déshabiller le haut du corps (vêtements, accessoires, incluant le choix des vêtements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.3.1
Vous habiller et vous déshabiller le bas du corps (vêtements, accessoires, incluant le choix des vêtements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.3.2
Mettre, enlever et entretenir vos aides techniques (orthèses, fauteuil roulant, lentilles et lunettes, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.3.3
Prendre soin de votre santé (premiers soins, médication, consignes thérapeutiques, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.4

N.B. Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle de réaliser vos habitudes de vie.

<p align="center">Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)</p> <p>1- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez <u>de quelle façon vous les réalisez</u> habituellement, et quel type d'aide est requis.</p> <p>2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez <u>jusqu'à quel point vous êtes satisfait</u> <u>ou insatisfait</u> de la façon dont vous les réalisez.</p>	Question 1					Question 2										
	Niveau de réalisation (1 réponse seulement)					Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)					Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)					
	Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait		
Communiquer avec une autre personne à la maison ou dans la communauté (exprimer ses besoins, tenir une conversation, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.1.1	
Communiquer avec un groupe de personnes à la maison ou dans la communauté (exprimer ses idées, tenir une conversation, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.1.2	
Communiquer par écrit (écrire une lettre, un message, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.2.1	
Recevoir et comprendre des informations écrites (journaux, livres, lettres, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.2.2	
Utiliser un téléphone à votre domicile ou au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.3.1	
Utiliser un téléphone public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.3.2	
Utiliser la radio, la télévision, un système de son	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.3.3	
Choisir une résidence selon vos besoins (maison, appartement, centre d'hébergement, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.1	
Entretenir votre résidence (ménage, lavage, réparations mineures, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.2.1	
Entretenir l'extérieur de votre résidence (gazon, jardin, neige, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.2.2	
Effectuer des travaux lourds (grand ménage, peinture, réparations majeures, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.2.3	
Entrer et sortir de votre résidence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3.1	
Vous déplacer à l'intérieur de votre résidence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3.2	
Utiliser l'ameublement et les équipements de votre résidence (bureau, rangement, chauffage, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3.3	

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées) 1- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez <u>de quelle façon vous les réalisez</u> habituellement, et quel type d'aide est requis. 2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez <u>jusqu'à quel point vous êtes satisfait</u> <u>ou insatisfait</u> de la façon dont vous les réalisez.	Question 1					Question 2										
	Niveau de réalisation (1 réponse seulement)					Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)					Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)					
	Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait		
Vous déplacer à l'extérieur de votre résidence (cour, jardin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.3.4	
Vous déplacer dans la rue ou sur le trottoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1.1	
Vous déplacer sur une surface glissante (glace, plancher mouillé ou ciré)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1.2	
Utiliser des moyens de transport comme conducteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2.1	
Vous déplacer à bicyclette (pour vos transports, vos loisirs, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2.2	
Utiliser des moyens de transport comme passager (auto, autobus, taxi, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2.3	
Reconnaître la valeur habituelle de l'argent et utiliser les différentes pièces et papier monnaie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.1.1	
Planifier votre budget et respecter vos obligations financières (répartition des dépenses et des économies, paiement des comptes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.1.2	
Assumer vos responsabilités envers autrui et la société (respect des droits et des biens d'autrui, vote, respect des lois, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.2	
Assumer vos responsabilités personnelles ou familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.3.1	
Assurer l'éducation de vos enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.3.2	
Prendre soin de vos enfants (santé, alimentation, habillement, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.3.3	
Avoir des relations sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.1	
Maintenir des relations affectives avec votre conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.2.1	

N.B. Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle de réaliser vos habitudes de vie.

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées) 1- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez de quelle façon vous les réalisez habituellement, et quel type d'aide est requis. 2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez jusqu'à quel point vous êtes satisfait ou insatisfait de la façon dont vous les réalisez.	Question 1						Question 2								
	Niveau de réalisation (1 réponse seulement)			Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)			Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)								
	Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait	
Maintenir des relations affectives avec vos enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.2.2
Maintenir des relations affectives avec vos parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.2.3
Maintenir des relations affectives avec d'autres membres de votre famille (frère, sœur, oncle, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.2.4
Maintenir des liens amicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.2.5
Maintenir des liens sociaux avec votre entourage (voisins, collègues de travail, d'études ou de loisirs, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.3
Utiliser les services publics de votre milieu (de santé, gouvernementaux, bancaires, juridiques, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.1.1
Utiliser les commerces de votre milieu (supermarché, centre d'achats, nettoyeur, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.1.2
Faire des achats (choix de la marchandise, mode de paiement, achats par téléphone, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.1.3
Utiliser les services de restauration (service aux tables et restauration rapide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.1.4
Vous rendre, entrer et vous déplacer dans les établissements de services (de santé, gouvernementaux, église, centre de loisirs, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.1.5
Vous rendre, entrer et vous déplacer dans les commerces de votre milieu (supermarché, centre d'achats, dépanneur, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.1.6
Participer à des organisations socio-communautaires (clubs sociaux, groupe d'entraide ou religieux, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.2
Participer aux activités de garderie ou de maternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.1
Participer à des activités scolaires ou de formation professionnelle de niveau secondaire (cours, travaux, activités para-scolaires, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.2

N.B. Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle de réaliser vos habitudes de vie.

<p align="center">Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)</p> <p>1- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez de quelle façon vous les réalisez habituellement, et quel type d'aide est requis.</p> <p>2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez jusqu'à quel point vous êtes satisfait ou insatisfait de la façon dont vous les réalisez.</p>	Question 1					Question 2									
	Niveau de réalisation (1 réponse seulement)			Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)		Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)									
	Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Aménagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	+/- satisfait	Satisfait	Très satisfait	
Réaliser des activités d'apprentissage liées à la formation professionnelle (école de métier, université, collège, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.3
Choisir un métier ou une profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.1
Rechercher un emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.2
Occuper un travail rémunéré (si vous ne travaillez pas actuellement et que vous désirez travailler, cochez 'non réalisée')	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.3.1
Utiliser les services de votre milieu d'occupation principale (travail, études; incluant cafétéria, services au personnel, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.3.2
Réaliser des activités non-rémunérées (bénévolat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.4.1
Vous rendre, entrer et vous déplacer à votre lieu d'occupation principale (travail, études, bénévolat, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.4.2
Réaliser des tâches familiales ou domestiques comme occupation principale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.4.3
Pratiquer des activités sportives ou récréatives (sports et jeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.1
Pratiquer des activités artistiques, culturelles ou artisanales (musique, danse, menuiserie, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.2.1
Assister à des événements sportifs (hockey, baseball, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.2.2
Assister à des événements artistiques ou culturels (spectacles, cinéma, théâtre, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.2.3
Réaliser des activités de type touristique (voyages, visites de sites naturels ou historiques, camping, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.2.4
Utiliser les services de loisirs de votre milieu (bibliothèque, centre de loisirs municipal, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.2.5

N.R. Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle de réaliser vos habitudes de vie.

ANNEXE 6

CATÉGORIES DE L'INDICE DE LA QUALITÉ DE VIE

Catégories de l'Indice de la qualité de vie

Items de l'instrument

1) Santé et fonctionnement	[1 ; 4, 9, 12 ; 14, 23 ; 25]
2) Socio-économique	[10, 11, 15 ; 22]
3) Psychologique/Spirituel	[26 ; 32]
4) Familial	[5 ; 8]

ANNEXE 7

CATÉGORIES DE LA MESURE DE LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

Catégories de la Mesure de la qualité de l'environnement **Items de l'instrument**

- | | |
|---|---------------|
| 1) Soutien et attitudes de l'entourage | [1 ; 14] |
| 2) Revenus, emploi et sécurité du revenu | [15 ; 29] |
| 3) Services publics et gouvernementaux | [30 ; 56] |
| 4) Environnement physique et accessibilité | [57 ; 94] |
| 5) Technologie | [95 ; 99] |
| 6) Égalité des chances et orientations politiques | [100 ; 109] |

ANNEXE 8

CATÉGORIES DE LA MESURE DES HABITUDES DE VIE

Catégories de la Mesure des habitudes de vie**Items de l'instrument**

1) Nutrition	[1.1 ; 1.3]
2) Condition corporelle	[2.1 ; 2.3]
3) Soins personnels	[3.1 ; 3.4]
4) Communication	[4.1.1 ; 4.3.3]
5) Habitation	[5.1 ; 5.3.4]
6) Déplacements	[6.1.1 ; 6.2.3]
7) Responsabilités	[7.1.1 ; 7.3.3]
8) Relations familiales	[8.2.1 ; 8.2.4]
9) Relations interpersonnelles	[8.1, 8.2.5, 8.3]
10) Communauté	[9.1.1 ; 9.2]
11) Éducation	[10.1 ; 10.3]
12) Travail	[11.1 ; 11.4.3]
13) Loisirs	[12.1 ; 12.2.5]